



*Maria Teresa Campos Ferreira*

# **O (DES)ACORDO NA DÍADE CONJUGAL E O PAPEL DA DEPRESSÃO, ANSIEDADE E STRESS NA EXPERIÊNCIA DA DOR CRÓNICA**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**  
MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA  
2011



**Universidade do Porto**

**Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação**

**O (DES)ACORDO NA DÍADE CONJUGAL E O PAPEL DA DEPRESSÃO,  
ANSIEDADE E STRESS NA EXPERIÊNCIA DA DOR CRÓNICA**

**Maria Teresa Campos Ferreira**

Outubro de 2011

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade  
do Porto, orientada pela Professora Doutora ***Paula Oliveira***  
(F.P.C.E.U.P.).

## **Agradecimentos**

À minha família, em especial aos meus pais e ao meu irmão, pelo amor e valores transmitidos ao longo da minha vida, que fazem de mim a pessoa que sou.

Ao Piero, por todo o carinho e preocupação; e pela paciência e apoio incondicional nos momentos de desânimo.

À Maria Alice, objeto do meu afeto, pela sua companhia constante e fidelidade incondicional.

À Doutora Maria Júlia Valério, pelo constante incentivo e motivação, e por ser uma fonte de inspiração e modelo a seguir que me acompanha desde o início do meu percurso profissional.

À Lígia Carvalho, pela amizade, incentivo, motivação, apoio e preocupação; e pelos momentos de boa disposição e distração.

À Cláudia Gomes e à Sónia Correia, por todo o carinho, amizade e preocupação.

Ao Filipe Nunes e à Joana Lourenço, pela sua constante disponibilidade, preocupação e amizade.

À Inês Oliveira pela colaboração e partilha de recursos.

À Professora Doutora Maria Emília Costa, pela sugestão da inclusão da díade conjugal na temática da dor e pela oportunidade de participar no projeto de investigação que serviu de inspiração ao presente estudo.

À Professora Doutora Paula Oliveira pelo seu profissionalismo e rigor científico e pela sua disponibilidade permanente, apoio e orientação na realização deste estudo; e pela oportunidade de participar no projeto de investigação que serviu de inspiração ao presente estudo.

À Unidade de Tratamento de Dor do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, e às pessoas que comigo partilham a dor dos outros, em especial à Ana Alves, Albina Dias, Ana Marcos, Cristina Duarte e Irene Silva, pelo carinho, amizade e afeto que vai para além do local de trabalho.

A todos os participantes que possibilitaram a realização deste estudo, em especial aos doentes da Unidade de Tratamento de Dor do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, por diariamente me ensinarem a compreender um pouco melhor a sua experiência de dor.

## **Resumo**

O presente trabalho procurou analisar o (des)acordo do casal na perceção da intensidade de dor do doente com dor crónica não oncológica, bem como investigar possíveis relações entre a depressão, ansiedade e stress do doente com dor crónica e do cônjuge, quer na perceção do doente com dor crónica e do cônjuge da intensidade de dor do doente, quer no referido desacordo. Para a consecução deste objetivo geral, optou-se por uma metodologia descritiva, quantitativa e transversal, no qual participaram 55 casais em que um dos elementos apresenta dor crónica não oncológica, do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, Centro Hospitalar do Porto – Hospital Geral de Santo António e Centro de Saúde de Gondomar. Foram aplicados o questionário sociodemográfico e clínico para doentes com dor crónica e para os cônjuges, Inventário Multidimensional de Dor de West Haven-Yale e a versão companheiro para os cônjuges, e a versão portuguesa da Depression-Anxiety-Stress scale-21 para ambos os elementos do casal. A amostra do estudo possui uma média de idades de 57 anos para os doentes e 58 anos para os cônjuges, e a duração média da sua relação é de 33 anos, sendo que os doentes são predominantemente do género feminino, e os casais apresentam um baixo nível de escolaridade em que a grande maioria se encontra profissionalmente inativa. Os resultados das diferenças entre doentes com dor crónica e cônjuges demonstraram que estas não são significativas no que se refere à perceção da intensidade de dor do doente, no entanto, relativamente à depressão, ansiedade e stress as diferenças atingem significância estatística sendo que são os doentes com dor crónica que evidenciam valores mais elevados. Relativamente às relações encontradas verificou-se que a perceção da intensidade de dor do doente com dor crónica se correlaciona positivamente com a depressão, ansiedade e stress do doente e do cônjuge, sendo o stress do cônjuge a variável que melhor prediz a perceção da intensidade de dor do doente com dor crónica; a perceção do cônjuge da intensidade de dor do doente correlaciona-se com o seu stress e este é maior quando há acordo no casal da perceção da intensidade de dor do doente. O presente estudo sustenta a pertinência da inclusão da díade conjugal na intervenção psicológica no âmbito da dor.

**Palavras-Chave:** Dor crónica não oncológica; (des)acordo do casal; depressão, ansiedade e stress; perceção da intensidade de dor.

## **Abstract**

The goal of this study was to analyse the couples (dis)agreement on the perception of non-oncological chronic patients pain intensity, as well as to investigate possible relations between chronic pain patients and spouses depression, anxiety and stress, not only the perception of chronic pain patients and the spouse of the intensity of the patients pain but also in the referred disagreement. To accomplish this goal a descriptive, quantitative and transversal method was adopted, in which 55 couples took part, from Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho, EPE, Centro Hospitalar do Porto – Hospital Geral de Santo António e Centro de Saúde de Gondomar, in which one of the elements suffers non-oncological chronic pain. The clinical and sociodemographical questionnaire, the West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI), was used for non-oncological chronic pain patients and their spouses (the spouse version), and the Depression-Anxiety-Stress Scale-21 – Portuguese version for both the partners were used. The average age of the sample study is 57 years for the chronic pain patients, and 58 years for the spouses, and the average duration of their relationship is 33 years being that the patients are predominantly female, and the couples have a low level of education in which the vast majority is professionally inactive. The differences between chronic pain patients and spouses ratings demonstrated that these are not significantly different with regard to the perception of the patients' pain intensity but, with regard to depression, anxiety and stress the differences are statistically important because it's the patients that suffer from chronic pain that show higher values. With regard to the correlations it was found that the chronic pain patients' pain intensity perception positively correlates to the depression, anxiety and stress of both the patient and spouse, being that the spouse's stress variable is that which better predicts the chronic pain patients pain intensity perception; the spouse's perception of the patients' pain intensity correlates with their own stress and is greater when there is couples' agreement on perception of the chronic pain patients' pain intensity. The present study sustains the pertinence of including couple's dyad within chronic pain psychological intervention.

**Key-words:** Non-oncological chronic pain; couples' (dis)agreement; depression, anxiety and stress; pain intensity perception.

## Résumé

Cet étude a cherché à analyser le (dés)accord du couple dans la perception de l'intensité de la douleur du patient atteint de douleur chronique non maligne, ainsi que pour étudier les liens possibles entre la dépression, l'anxiété et le stress du patient souffrant de douleur chronique et de son conjoint, soit dans la perception du patient souffrant de douleur chronique et le conjoint de l'intensité de la douleur du patient, et soit dans le désaccord. Pour atteindre cet objectif, l'option a été une méthode descriptive, quantitative et transversale, composée de 55 couples, dans lequel un élément a de douleur chronique non maligne, des Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE; Centro Hospitalar do Porto – Hospital Geral de Santo António e Centro de Saúde de Gondomar. Nous avons utilisé le questionnaire sociodémographique et clinique pour les patients souffrant de douleur chronique et pour leurs conjoints, l'Inventaire Multidimensionnel de Douleur de Haven-Yale (WHYMPI) et la version compagnons pour les conjoints, et la version portugaise de Depression-Anxiety-Stress Scale-21 pour les deux éléments du couple. L'échantillon de l'étude a une moyenne d'âge de 57 ans pour les patients et 58 ans pour les conjoints, et la durée moyenne de leurs relations est de 33 ans, étant les patients majoritairement des femmes, et ayant les couples un faible niveau éducationnelle dans le quelle la grande majorité sont professionnellement inactifs. Les résultats des différences entre les patients souffrant de douleurs chroniques et les conjoints ont montré que celle-ci ne sont pas significatifs à l'égard de la perception de l'intensité de la douleur du patient, cependant, à l'égard de la dépression, l'anxiété et le stress les différences atteint un signification statistique que les patients avec une douleur chronique montrent des valeurs plus élevées. Relativement aux relations trouvé, il s'est vérifié que la perception de l'intensité de la douleur des patients atteints de douleur chronique est positivement corrélée avec la dépression, l'anxiété et le stress du patient et de son conjoint, étant le stress du conjoint la variable qui prédit le mieux la perception de l'intensité de douleur du patient avec une douleur chronique; la perception du conjoint de l'intensité de la douleur du patient est en corrélation avec son niveau de stress et celui-ci est plus haut quand il ya accord dans le couple de la perception de l'intensité de la douleur du patient. Cette étude confirme la pertinence d'inclure la dyade conjugale dans l'intervention psychologique sur la douleur.

**Mots-clés:** douleur chronique non maligne, (dés)accord du couple, dépression, anxiété et stress, perception de l'intensité de la douleur

## Índice

<b>Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>PARTE I – Enquadramento Teórico</b>	
<b>1.Dor Crónica.....</b>	<b>2</b>
1.1. O conceito de dor e a sua dimensão .....	2
1.2. Evolução conceptual da dor: o papel da psicologia nos modelos explicativos da dor crónica .....	4
<b>2. Perceção de dor.....</b>	<b>7</b>
2.1. A dor crónica, a perceção de doença e a perceção de dor.....	8
2.2. A perceção da dor do outro .....	10
2.3. A perceção de dor numa leitura do sistema conjugal .....	11
<b>3. A depressão, ansiedade e stress na dor crónica .....</b>	<b>13</b>
3.1 O distress emocional na dor crónica.....	13
3.2. O distress emocional no casal com dor crónica .....	16
<b>Parte II – Estudo empírico</b>	
<b>4. Metodologia.....</b>	<b>20</b>
4.1. Desenho do estudo.....	20
4.2. Objetivos do estudo .....	20
4.3. Questões e hipóteses de investigação .....	22
4.4. Instrumentos e variáveis em estudo.....	24
4.4.1. Questionário sociodemográfico e clínico (QSDC) – versão doente e versão cônjuge .....	25
4.4.2. Inventário Multidimensional de Dor de West Haven-Yale (MPI) e Inventário Multidimensional de Dor de West Haven-Yale (MPI) – versão companheiro(a) .....	25
4.4.3. Depression-Anxiety-Stress Scale-21 (DASS-21) - versão portuguesa.....	26
4.4.4. Variáveis em estudo .....	27
4.5. Procedimentos de investigação e tratamento estatístico de dados .....	27
4.6. Amostra e participantes.....	28
<b>5. Apresentação de Resultados .....</b>	<b>30</b>
5.1. Análise de frequência e descrição .....	30
5.2. Comparação e análise das diferenças .....	32
5.3. Análise das correlações.....	33
5.4. Análise de regressão linear múltipla.....	35



5.5. Análise da variância.....	36
<b>6. Discussão dos resultados .....</b>	<b>37</b>
<b>Conclusão .....</b>	<b>45</b>
<b>Referências bibliográficas .....</b>	<b>47</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>57</b>

## **Índice de Figuras**

Figura 1: Modelo tripartido .....	14
Figura 2: Associação entre estados emocionais negativos, dor e funcionalidade .....	15
Figura 3: Modelo de trabalho das interrelações entre a satisfação conjugal, a dor e o distress emocional.....	18

## **Índice de tabelas**

Tabela 1: Itens e conceitos associados às subescalas da DASS-21 .....	26
Tabela 2: Variáveis em estudo, dimensões e instrumentos de avaliação .....	27
Tabela 3: Dados sociodemográficos dos casais.....	29
Tabela 4: Duração da dor crónica .....	30
Tabela 5: Frequência do acordo no casal .....	30
Tabela 6: Caracterização da perceção dos doentes com dor crónica e dos cônjuges da intensidade de dor do doente .....	31
Tabela 7: Caracterização da depressão, ansiedade e stress do doente com dor crónica e do cônjuge .....	31
Tabela 8: Diferenças entre doentes com dor crónica e os cônjuges na perceção da intensidade de dor do doente .....	32
Tabela 9: Diferenças na DAS entre doentes com dor crónica e os cônjuges .....	32
Tabela 10: Correlações entre a perceção do doente com dor crónica e do cônjuge da intensidade de dor do doente e a DAS do doente com dor crónica .....	33
Tabela 11: Correlações entre a perceção do doente com dor crónica e do cônjuge da intensidade de dor do doente e a DAS do cônjuge .....	34

Tabela 12: Correlações entre DAS do doente com dor crónica e o desacordo do casal na intensidade de dor do doente com dor crónica .....	34
Tabela 13: Correlações entre DAS do cônjuge e o desacordo do casal na intensidade de dor do doente com dor crónica .....	35
Tabela 14: Análise da regressão entre a percepção da intensidade de dor do doente com dor crónica e depressão e stress do doente e o stress do cônjuge .....	36
Tabela 15: Impacto da frequência do acordo do casal na intensidade de dor do doente na DAS do doente com dor crónica e do cônjuge .....	36

### **Índice de anexos**

Anexo 1: Questionário sociodemográfico e clínico – versão doente.....	58
Anexo 2: Questionário sociodemográfico e clínico – versão cônjuge.....	59
Anexo 3: Inventário Multidimensional de Dor de West Haven-Yale (MPI) .....	60
Anexo 4: Inventário Multidimensional de Dor de West Haven-Yale (MPI) - versão companheiro(a).....	66
Anexo 5: Depression-Anxiety-Stress Scale-21 (DASS-21) - versão portuguesa.....	71
Anexo 6: Parecer favorável do CHVNG/E, EPE à realização do estudo.....	72
Anexo 7: Apresentação do estudo .....	74
Anexo 8: Declaração de consentimento informado .....	75

## **Abreviaturas**

IASP - International Association for the Study of Pain

DAS - Depressão, ansiedade e stress

QSDC - Questionário Sociodemográfico e Clínico

MPI - Inventário Multidimensional de Dor de West Haven-Yale

DASS-21 - Depression-anxiety-stress scale-21

CHVNG/E, E.P.E. - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.

CHP-HGSA - Centro Hospitalar do Porto – Hospital Geral de Santo António

CSG - Centro de Saúde de Gondomar

---

## **Introdução**

A dor crónica constitui-se como grave problema de saúde pública que interfere com a qualidade de vida dos doentes, afetando ainda o bem-estar das pessoas significativas e as atividades dos familiares (Castro-Lopes, Saramago, Romão & Paiva, 2010). Considerada como um fenómeno biopsicossocial é essencial compreender as interações entre as características biológicas, psicológicas e sociais da dor e, sendo esta uma experiência subjetiva e individual, a sua avaliação depende da perceção individual do doente (Turk, 2003) e dos processos psicológicos que influenciam a sua perceção (Ribeiro, 1998). Visto que a dor ocorre num contexto social, é fundamental a inclusão dos outros na experiência da dor, nomeadamente a perceção da dor das pessoas significativas (Craig, 2009), sobretudo o envolvimento do cônjuge que, devido à sua relação de proximidade e intimidade, pode influenciar a avaliação da dor do doente, o seu comportamento e a adaptação aos tratamentos instituídos (Leonard, Cano & Johansen, 2006), desempenhando o (des)acordo do casal na perceção da intensidade de dor do doente com dor crónica um papel preponderante. Constituindo-se como uma fonte de distress emocional, a depressão, ansiedade e stress decorrentes da dor pode influenciar a experiência de dor no casal.

Considerando o anteriormente referido, a presente dissertação pretende analisar o (des)acordo do casal na perceção da intensidade de dor do doente com dor crónica não oncológica, bem como investigar possíveis relações entre a depressão, ansiedade e stress do doente com dor crónica e do cônjuge, quer na perceção do doente com dor crónica e perceção do cônjuge da intensidade de dor do doente, quer no referido desacordo.

Do ponto de vista estrutural, esta dissertação é constituída por duas partes. A primeira parte debruça-se na revisão da literatura atual acerca da temática da dor crónica, interligando as variáveis em estudo, designadamente a perceção do doente com dor crónica e perceção do cônjuge da intensidade de dor com a depressão, ansiedade e stress do doente com dor crónica e do cônjuge. A segunda parte destina-se à apresentação do estudo empírico, em relação ao qual são apresentados de forma mais detalhada a metodologia adotada, nomeadamente a descrição e a caracterização do estudo; e a apresentação e discussão de resultados. Por último, apresentamos a conclusão com os principais contributos, implicações e limitações deste estudo.

## PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1. Dor crónica

A dor, enquanto fenómeno multidimensional, consiste numa complexidade biológica, psicológica e social que não cabe apenas a uma só especialidade (Gomes, 2008). Sendo indiscutível a importância da psicologia no controlo e tratamento da dor, a intervenção neste âmbito pode contribuir positivamente para a experiência da dor (Frohm & Beehler, 2010). Segundo esta perspetiva, neste capítulo iremos aprofundar alguns aspetos relacionados com o conceito de dor e a sua dimensão, bem como o papel da Psicologia nos modelos explicativos da dor crónica.

#### 1.1.O conceito de dor e a sua dimensão

A dor é uma experiência multidimensional, única e particular (Valente, Ribeiro & Jensen, 2009) e faz parte da condição humana (Joyce-Moniz & Barros, 2005). Contudo, é um fenómeno subjetivo, apresentando um papel vital, ao informar o corpo acerca de uma possível lesão que coloque em risco a nossa sobrevivência. Assim, a sua compreensão e conceptualização torna-se difícil para a comunidade científica (Coniam & Diamond, 2001).

A dor tem acompanhado o Homem ao longo da sua existência e evolução, sendo alvo de preocupação daquele, numa perspetiva da sua compreensão e controlo. Assim, a sua abordagem tem sofrido alterações ao longo da história e da humanidade. Evidências científicas narram testemunhos da presença de dor: a herança de esqueletos pré-históricos, pinturas e esculturas rupestres que representam a morte, o parto e feridas e oferecem indícios da presença de sinais de doenças dolorosas, fornecendo provas do tempo de existência da dor. As sociedades primitivas compreendiam com relativa facilidade a dor provocada por uma lesão exógena; no entanto, à dor causada por fenómenos não visíveis era imputado um significado místico e religioso, cuja causa era atribuída a uma conotação mágica, a espíritos malignos e castigos divinos, recorrendo a amuletos, talismãs e tatuagens como estratégias para lidar com ela (Bonica & Loeser, 2001).

Na literatura, a definição mais consensual foi proposta em 1979 pela *International Association for the Study of Pain* (IASP), e define que “a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial ou descrita em termos dessa mesma lesão” (IASP, 2011). A compreensão da dor é assim indispensável na preservação da saúde e alívio do sofrimento. Sendo um fenómeno subjetivo, é então

diferente para cada indivíduo e a lesão tecidual real não é necessária para justificá-la (Melzack & Katz, 2006, cit. in Navas & González, 2008).

A prevalência de dor crónica na população em geral, de acordo com Rosenblum, Marsch, Joseph e Portenoy (2008) é elevada, variando entre 10 a 20%. A sua prevalência a nível europeu é de 17,1% (Ohayon & Schatzberg, 2003), correspondendo a que aproximadamente um em cada cinco adultos da população europeia padeça desta problemática (Breivik, Collet, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006). A realidade portuguesa assemelha-se com a restante Europa. Através de um estudo realizado pela Direção Geral da Saúde (2010) entre o período 2005/2006, verificou-se que a taxa de prevalência de dor crónica situa-se nos 16.3%, correspondendo a 12.7% de homens e 19.8% de mulheres.

Uma investigação realizada pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (2007, cit. in Castro-Lopes et. al, 2010), refere que cerca de 36% da população adulta sofre de dor crónica (dor contínua ou recorrente com duração superior a seis meses e presente no último mês) e que, 16% destes casos reportam-se a dor moderada a forte. Conforme o estudo:

O impacto da dor crónica na qualidade de vida dos doentes é devastador e superior ao provocado por muitas outras patologias crónicas, principalmente pelo sofrimento que acarreta e pelas limitações que impõe em múltiplas atividades do dia a dia das pessoas. Frequentemente, a dor do doente afeta também de forma muito significativa o bem-estar e as atividades dos familiares e outros cuidadores, fator que não pode ser ignorado. Tendo ainda em conta a elevada prevalência da dor crónica, pode concluir-se que estamos perante um grave problema de saúde pública que urge combater com todos os meios ao nosso alcance (Castro-Lopes et al., 2010, p. 303)

No sistema de saúde português, a dor assume um papel de relevo, salientado pelo Programa Nacional de Luta Contra a Dor, que refere a dor como um sintoma que acompanha a generalidade das situações patológicas e figura-se como um sinal de alarme vital para a integridade do indivíduo. Fundamental para o diagnóstico e monitorização de inúmeras patologias, não deve ser causa de sofrimento desnecessário, estipulando-se a pertinência da sua avaliação e registo regular da intensidade da dor. O programa estipula

que a avaliação e registo da intensidade da dor pelos profissionais de saúde deve ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente. Desta forma, a Direção-Geral da Saúde instituiu a dor como 5º sinal vital (Direção Geral de Saúde, Circular Normativa, n.º 09/DGCG, de 14/06/2003).

## 1.2. Evolução conceptual da dor: o papel da psicologia nos modelos explicativos da dor crónica

No início do século XIX assiste-se ao desenvolvimento e à reestruturação da medicina clínica, que precede e possibilita o surgimento da fisiologia como uma ciência experimental que permitia o estudo científico da sensação, em geral, e da dor em particular, tanto na compreensão dos seus mecanismos como nas inovações terapêuticas. A associação de doença e religião e dor ao pecado mudam desde os princípios do século XIX e com as novas descobertas, a dor perde parte das suas conotações místicas e religiosas e transforma-se cada vez mais num fenómeno biológico (Fernandez-Torres, Maárquez-Espinóz & Mulas, 1999). O avanço dos estudos anatómicos, fisiológicos e histológicos conduziram à formulação do modelo Biomédico da dor, que se dividia em duas teorias fisiológicas da dor, baseados na perspetiva de Descartes: a teoria da especificidade (sensorial) e a intensiva. A teoria da especificidade dominou o pensamento ao longo de todo o século XIX e concebe a dor como uma sensação específica, independente do toque ou de outros sentidos. A teoria da intensidade concebia a dor como uma consequência de um conjunto de respostas padrão associadas à intensidade do estímulo desencadeador (Bonica & Loeser, 2001; Conian & Diamond, 2001; Gatchel, Peng, Peters, Fuchs & Turk, 2007).

Até 1950, a investigação sobre dor encontrava-se dispersa e os investigadores trabalhavam sem estabelecerem uma comunicação entre eles devido à falta de um objetivo e linguagem comum. Contudo, a partir desta altura observa-se um esforço para que todas as áreas explorem os temas em conjunto. A velha conceção unidimensional do modelo orgânico dá lugar a um modelo multidimensional que reúne os aspetos fisiológicos, emocionais, cognitivos e sociais, dependentes da cultura, da história e da consciência individual (Fernandez-Torres et al., 1999).

Apesar das alterações sofridas ao longo do tempo, a Teoria do Portão de Melzack e Wall (cit. in Bonica & Loeser, 2001), continua a ser um marco das teorias modernas, mantendo-se um dos conceitos básicos da teoria da dor. Esta teoria vem postular a

existência de um mecanismo de modulação de dor e reconhecer o seu caráter perceptivo. A Teoria do Portão foi um enorme avanço na investigação e controlo da dor, uma vez que centrou a sua atenção na relação multidimensional e variável entre dor e dano tecidual (Gatchel et al., 2007), os fatores psicológicos passaram a considerar-se parte integral do processamento da dor. Em 1968, Melzack e Casey (cit. in Chóliz, 1994) concebem a teoria multidimensional, um modelo integrativo que se baseia no pressuposto de que a dor é composta por três dimensões intimamente relacionadas que configuram e determinam essa experiência: dimensão sensorial-discriminativa, associada aos aspetos anatomo-fisiológicos; a dimensão motivacional-afetiva, qualidade subjetiva da experiência da dor; e a cognitivo-avaliativa, diretamente relacionada com a anterior e que se refere às crenças, valores culturais e variáveis cognitivas. Cada uma destas dimensões reveste a dor de características especiais mas inter-relacionadas, sendo que a experiência da dor só pode ser entendida tendo em conta a relação entre as dimensões.

Um dos grandes contributos para compreender a etiologia, avaliação e tratamento da dor, também um dos mais aceites na abordagem da dor crónica, foi o modelo biopsicossocial. A inadequação do modelo dualista contribuiu para um aumento do reconhecimento do impacto dos fatores psicossociais nos relatos dos sintomas e na resposta ao tratamento. Este modelo é uma alternativa ao modelo biomédico de dor, abordando-a numa perspetiva biológica, psicológica e social, sendo que os psicológicos dizem respeito à componente mental, emocional e comportamental da dor, e os aspetos sociais funcionam em interação com os outros, numa perspetiva holística (Gatchel et al., 2007). O modelo biopsicossocial centra a sua atenção tanto no conceito de *disease*, termo associado a um acontecimento biológico que se traduz como “ter uma doença”, como no conceito de *illness*, que nos remete para a experiência subjetiva, ou seja à esfera de como o indivíduo responde à doença (Gatchel, 2005). Thorensen e Eagleston (1985, cit. in Gatchel, 2005) acrescentam ainda o conceito de *sickness*, referindo-se ao ato de sentir-se doente, o comportamento da pessoa enquanto doente e a sua designação social (Meneses & Ribeiro, 2000). Paralelamente a estas distinções, Loeser (1982) formulou um modelo geral onde delineou quatro dimensões associadas ao conceito de dor: nociceção, referente à estimulação nervosa que transporta a informação ao cérebro; dor, definida como a perceção subjetiva; sofrimento, referindo-se aos processos cognitivos e afetivos que podem determinar a interpretação da nociceção a as respostas associadas; comportamento de dor, definido como as ações encetadas pelo indivíduo que experiencia a dor, tais como o evitamento de atividades que podem desencadear novas lesões. Desta forma, a dor é uma



experiência subjetiva e individual e a sua avaliação será improvável se não confiarmos na percepção individual do doente (Turk, 2003) e nos processos psicológicos que influenciam a percepção da dor (Ribeiro, 1998). Segundo o modelo biopsicossocial, os elementos da dor não podem ser analisados de forma isolada, uma vez que interagem entre eles e são afetados por eles. Os fatores psicossociais implicam tanto as emoções como as cognições, sendo que estas são a reação mais imediata à nocicepção. As cognições atribuem significado à experiência emocional e conferem reações emocionais adicionais e assim ampliam a experiência de dor e, por conseguinte, perpetuam um ciclo vicioso de nocicepção, dor, angústia e incapacidade (Gatchel et al., 2007). Estudos recentes evidenciam alguns aspetos biopsicossociais que influenciam a experiência de dor do indivíduo, tais como a privação do sono, cansaço, irritabilidade, depressão, baixa concentração (Hinchy, 2010), gravidade da doença, nível de incapacidade, ansiedade, perturbações da personalidade, crenças cognitivas, uso de drogas, abuso sexual na infância e conflitos familiares (Lewandowski, Morris, Draucker & Risko, 2007). Desta forma, o modelo biopsicossocial contribuiu para a declaração da dor enquanto fenómeno multidimensional (Gomes, 2008), uma vez que as variáveis psicológicas influenciam a experiência de dor e o seu tratamento, a intervenção psicológica contribui positivamente para a experiência de dor (Frohm & Beeler, 2010). Para Araújo-Soares e McIntyre (2000), a intervenção psicológica analisa o impacto das intervenções cognitivo-comportamentais na resposta face à dor e a intervenção inclui o treino de estratégias de coping com a dor, tais como o relaxamento, distração, aumento de atividades sociais e físicas agradáveis, reestruturação cognitiva, estabelecimento de objetivos e resolução de problemas (Bradley, 1996; Sanders, 1996, cit. in Araújo-Soares & McIntyre, 2000). A abordagem cognitivo-comportamental baseia-se nos princípios do condicionamento operante, concebida para modificar comportamentos maladaptativos através da análise e alteração das suas contingências sociais e ambientais. Segundo esta perspetiva, o comportamento, as cognições e os fatores afetivos contribuem para o comportamento humano, incluindo a percepção e a resposta à dor. Estes fatores psicossociais podem interagir com a dor e ampliar a patologia física associada à dor crónica (Turk, 2003).

Em 2008, Turk, Swanson e Tunks desenvolveram um estudo que consistiu numa revisão dos modelos psicológicos mais usados para conceptualizar a dor crónica e estudaram os tratamentos baseados nos modelos psicodinâmicos, comportamental e cognitivo-comportamental, concluindo que esta perspetiva tem a maior evidência empírica de sucesso. Wetering, Lemmens, Nieboer e Huijsman (2010) obtiveram efeitos

significativos desta abordagem com resultados positivos na dor e na qualidade de vida, em doentes com dor neuropática.

Igualmente importante para a conceptualização da dor é o modelo social e comunicacional da dor, formulado por Craig (2009). Segundo este modelo, o ser humano é entendido como alguém que possui capacidades para funcionar num ambiente social complexo, dotado de competências para pensar, sentir e agir. São vários os fenómenos envolvidos na compreensão dos múltiplos fatores intra e inter pessoais que influenciam a dor e a sua gestão, sendo essencial entender as complexidades das interações entre as características biológicas, psicológicas e sociais da dor. O modelo comunicacional da dor reconhece a complexidade deste fenómeno, reconhecendo múltiplas fontes de inputs, incluindo não apenas o comportamento expressivo do doente com dor crónica mas também um conjunto de fatores contextuais a que os observadores assistem. A inovação deste modelo é a inclusão de outras pessoas, o cuidador, para além do doente com dor crónica, sendo o foco principal de atenção o papel dos outros na experiência de dor. Este modelo distingue as fontes de influência intra e inter pessoal tanto do doente com dor crónica como do cuidador. As influências intrapessoais são concebidas como o que o indivíduo traz à experiência de dor, sendo que esta reflete os substratos biológicos, bem como a totalidade da experiência de vida do indivíduo. O sistema biológico determina e limita a experiência e a expressão de dor mas, por outro lado, existe porque foi adaptado para permitir às pessoas funcionarem e sobreviverem num ambiente físico e social complexo. As influências interpessoais referem-se à iminência da experiência e às suas expressões forçadas pelo contexto social e pelo cenário ambiental. Da mesma forma, os observadores trazem a esta tarefa uma componente biológica para reagirem ao distress dos outros, bem como uma história de vida repleta de experiências que influenciam os seus julgamentos e as suas tomadas de decisão. A influência interpessoal do observador refere-se ao impacto do contexto ambiental, social e assim, no tipo de julgamentos que são feitos e nas ações que podem ignorar, melhorar ou aumentar a dor.

## **2. A perceção de dor**

Como referido no ponto anterior por Gatchel e colaboradores (2007), a experiência de dor é modulada pela perceção subjetiva. Craig (2009) reforça a importância da inclusão dos outros na experiência de dor e afirma que as influências do observador vão refletir-se no tipo de julgamentos que são feitos e nas ações que são tomadas. Da mesma forma, Heijmans, de Ridder e Bensing (1994) demonstraram a importância das pessoas

significativas e das suas crenças na percepção de dor e na adaptação do doente à doença crónica. Nesta perspetiva, estes autores destacam que para compreendermos a percepção de dor dos doentes, devemos ter em atenção as crenças ou representações da doença. Contudo, dada a importância dos outros na experiência da dor, também deve ser considerada a percepção de dor das pessoas significativas. Neste ponto aprofundaremos a percepção de dor do doente com dor crónica, bem como a percepção que o cônjuge tem da dor do doente, numa leitura do sistema conjugal.

## 2.1. A dor crónica, a percepção de doença e a percepção de dor

A experiência de dor é modulada pela percepção subjetiva da sua doença, integrando além dos aspetos físicos, os aspetos emocionais, mentais, sociais e espirituais. Gatchel e colaboradores (2007) enfatizam que a compreensão da percepção de dor dos doentes deve contemplar as crenças ou representações da doença, que compreendem a interação entre as avaliações cognitivas e as reações emocionais à mesma.

Para Hirani, Pugsley e Newman (2006), a percepção da doença é concebida como um conjunto de representações cognitivas criadas pelos indivíduos quando estes são confrontados com uma doença ou com uma ameaça para a sua saúde e o seu objetivo é a gestão dessa situação. Segundo Cameron e Moss-Morris (2010), a percepção de doença é um conjunto organizado de crenças ou representações acerca de como a doença afeta o corpo, com um provável impacto nas atividades de vida diárias e nas experiências pessoais.

Leventhal, Nerenz e Steele (1984, cit. in Hirani et al., 2006) propuseram o modelo de autorregulação das representações de doença e comportamento, com o objetivo de compreender o modo como os indivíduos percecionam a doença e como gerem essa situação. Para Cameron e Leventhal (2003, cit. in Cameron & Moss-Morris, 2010), este modelo foca a sua atenção na forma como os indivíduos selecionam e controlam o seu comportamento ao longo do tempo, visando progredir no sentido de atingir os seus objetivos que, na situação específica de doença, será ser saudável, evitando a dor e o sofrimento.

Segundo Broadbent, Petrie, Main e Weinman (2006), o modelo de autorregulação das representações de doença e comportamento sugere que estímulos situacionais criam no indivíduo representações cognitivas e emocionais de doença ou de ameaça para a sua saúde e que aquelas serão processadas em paralelo através de três fases: a primeira fase corresponde à primeira representação da doença ou da ameaça à sua saúde, a segunda reporta-se aos comportamentos adotados para lidar com as representações, e a última fase

consiste na avaliação da eficácia desses comportamentos. Estes autores referem ainda que a percepção da doença compreende dimensões da representação cognitiva da doença: consequências, duração, controlo pessoal, controle dos tratamentos e identidade; e dimensões da representação emocional da doença: preocupação e respostas emocionais. Desta forma, se aplicarmos o constructo da percepção de doença à dor crónica, a dor constitui-se como um estímulo situacional que leva o indivíduo a construir representações cognitivas e emocionais acerca da sua doença, uma vez que a avaliação ou percepção subjetiva de dor refere-se ao significado atribuído pelo indivíduo a esse sintoma (Sharp, 2001). Para além do anteriormente mencionado, Diamond e Coniam (1999) afirmam que é importante ter em consideração os efeitos que a dor provoca na vida dos indivíduos, a forma como estes conseguem lidar com a doença e a informação obtida pelos serviços de saúde.

Gatchel e colaboradores (2007) mencionam que a percepção de doença dos doentes com dor crónica desenvolve-se ao longo da sua história de vida e da sua experiência com a dor crónica, sendo que esta permite-nos interpretar sinais que sinalizam o aparecimento ou desaparecimento da dor (Wiech, Ploner & Tracey, 2008). Assim, devem ser considerados todos os aspetos relacionados com a mesma, nomeadamente as causas da dor, o prognóstico e os tratamentos (Gatchel et al., 2007).

Dor e emoção interagem de variadas formas e podem atuar em conjunto com a avaliação da dor e com as crenças associadas. A avaliação da dor diz respeito ao significado que o indivíduo atribui à dor (Sharp, 2001), ou seja, reporta-se à percepção subjetiva da dor; as crenças referem-se à assumpção acerca da realidade que vai moldar a forma como o indivíduo interpreta os eventos. A experiência da dor é assim influenciada pelos estados emocionais e a incapacidade resultante da dor é afetada tanto pela percepção da dor como pelos estados emocionais (Tan, Jensen, Thornby & Sloan, 2008).

Estudos evidenciam que a incapacidade associada à doença, dificuldades no controlo da dor e condição permanente, pelo facto de se tratar de uma doença crónica, estão associadas a representações ou percepções disfuncionais ou negativas que aumentam a dificuldade em lidar com a dor, exacerbando-a (Jensen, Turner, Romano & Lawler, 1994; Turner, Jensen, & Romano, 2000). Também se demonstra que a percepção de medo e o evitamento estão associados ao aumento da intensidade percebida de dor e à incapacidade em doentes com dor crónica (Gatchel et al., 2007). Constatamos assim que as representações dos doentes serão determinantes na adaptação à dor crónica (Jensen, Romano, Turner, Good & Wald, 1999; Turner et al, 2000).

As crenças do doente acerca da sua dor desempenham uma função importante na experiência de dor (Cano, Miller & Loree, 2009) e possuem um papel fundamental na percepção de dor e funcionamento, podendo ter um grande impacto nas escolhas e nas respostas do tratamento (Leonard et al., 2006) e permitir ao doente com dor crónica funcionar de forma adaptativa quando experiencia dor. Contudo, a dor pode também iniciar um sentimento de perda, principalmente se associado à incapacidade (Williams, Robinson & Geisser, 1994).

## 2.2. A percepção da dor do outro

A dor é concebida como uma experiência subjetiva desencadeada pela ativação de uma representação mental de uma atual ou potencial lesão (nociceção). A percepção de dor nos outros baseia-se parcialmente na ativação da representação mental da dor no próprio e assim, no sistema neural (Jackson, Rainville & Decety, 2006; Legrain et al., 2009; Singer et al., 2004)

Segundo os fundamentos de Goubert e colaboradores (2005), reconhecer e interpretar o significado da expressão de dor nos outros pode ser importante para a pessoa que está em sofrimento e para a que observa a angústia. A presença da dor é inferida pelo observador através da interação entre o comportamento expressivo da pessoa que manifesta a dor e os múltiplos sistemas afetivos e cognitivos que regulam as reações do observador. A percepção do comportamento de outra pessoa vai ativar as representações pessoais associadas e esse comportamento e pode resultar em respostas orientadas para o “próprio” ou respostas orientadas para o “outro”. A distinção entre as expressões automáticas e controladas do doente com dor crónica e do observador são importantes para interpretar as reações dos dois intervenientes (Craig, Versloot, Goubert, Vervoot, & Crombez, 2010).

O estudo de McCrystal, Craig, Versloot, Fashler e Jones (2011) fornece provas de que a percepção de dor no outro é acompanhada por respostas automáticas e controladas. Estas duas modalidades de expressão de dor são percebidas pelos observadores e implicam a capacidade implícita para reagir à dor com ressonância emocional e compreender o significado do comportamento do outro. As expressões automáticas de dor referem-se às expressões faciais e às características da paralinguística e são as pistas mais carregadas na percepção automática. As expressões faciais são classificadas como as mais automáticas enquanto a paralinguística (vocalizações) são ações reflexas de manifestação de dor. Estas reações automáticas em forma de expressões não verbais são uma forma complementar de

expressão. As expressões controladas de dor compreendem duas categorias, o comportamento verbal e as ações de proteção contínuas. As respostas verbais são altamente controladas e servem para comunicar a dor, de forma a chamar a atenção e obter respostas dos outros. As ações de proteção contínuas, tal como descansar ou isolar-se dos outros são altamente controladas e podem pôr em causa a veracidade da intensidade da dor. A observação da expressão de dor do doente com dor crónica é de extrema importância para conhecer a experiência de dor do outro (Williams, 2002).

Subestimar a dor do outro pode levar a que o doente com dor crónica se sinta incompreendido e receba cuidados inadequados, com consequências negativas para os seus cuidados de saúde (Cano, 2004). Por outro lado, sobrevalorizar a dor pode levar o doente com dor crónica a reavaliar a sua dor como sendo mais forte do que é (Goubert et al., 2005). Igualmente importante é clarificar se o observador é capaz de distinguir entre a sua percepção da experiência pessoal do outro e as suas respostas pessoais afetivas à experiência do outro. Quando o observador consegue fazer esta distinção, as emoções orientadas para o outro, tais como a intimidade e a proximidade, irão aumentar, no entanto, quando não o consegue fazer, o observador pode ficar assoberbado pela sua própria angústia e aumentar o distress em si e no doente com dor crónica (Cano, Leonard & Franz, 2005).

### 2.3. A percepção de dor numa leitura do sistema conjugal

A abordagem cognitivo-comportamental da dor refere que “o comportamento de um doente com dor ocorre num contexto social e que o comportamento do doente não só é reforçado e moldado pelos outros, mas também molda e afeta os outros” (Keefe, Dunsmore & Burnett, 1992, p.528). Devido à natureza recíproca destas influências, o envolvimento do cônjuge e da família no tratamento é essencial, uma vez que aqueles podem ter a oportunidade de reforçar os comportamentos de dor, devido à relação de proximidade e intimidade com o doente. As atitudes e crenças do cônjuge acerca da dor podem influenciar o comportamento do doente com dor crónica, dada a influência que possuem nas suas cognições, emoções e no seu comportamento, e contribuir para a redução ou manutenção da dor. Comportamentos de preocupação ou negativos do cônjuge têm sido identificados como potenciais respostas reforçadoras e castigadoras, que encorajam a um papel de doente e estão associadas a avaliações elevadas de intensidade de dor e elevados níveis de incapacidade (Leonard et al., 2006). A relação entre o comportamento de dor e as respostas do cônjuge foi estudada por Romano, Jensen, Turner, Good e Hops (2000), sendo que os resultados indicam uma forte correlação entre a preocupação e comportamentos

negativos do cônjuge e o comportamento de dor do doente com dor crónica. As crenças e atitudes do cônjuge acerca da dor podem influenciar o seu comportamento com o doente com dor crónica ou até mesmo o tratamento e assim influenciar as suas cognições, emoções e os seus comportamentos (Leonard et al., 2006).

A dor crónica tem efeitos prejudiciais no indivíduo bem como nos membros da sua família e os cônjuges são uma fonte de influência na perceção de dor e nas estratégias para lidar com a dor (Flor, Breitenstein, Birbaumer & Furst, 1995). Desta forma, envolver os cônjuges no tratamento da dor e na intervenção pode ser uma tentativa para corrigir crenças acerca da dor que podem interferir com o tratamento (Cano et al., 2009) e ajudar os casais (Cano, Johansen, Leonard, & Hanawalt, 2005).

O acordo do casal em relação à intensidade da dor está associado a uma melhor saúde geral e melhor bem-estar psicológico do doente. Doentes com dor crónica cujos cônjuges subestimam a dor, relatam pior estado geral de saúde e menor efeito dos tratamentos, enquanto a discordância tem sido associada a maior depressão do doente com dor crónica (Cremeans-Smith et al., 2003).

Cano, Johansen e Geisser (2004) estudaram o grau de concordância entre doentes e cônjuges numa comunidade idosa de doentes com dor crónica, acerca da experiência de dor do doente, nomeadamente a intensidade da dor, incapacidade do doente e a resposta do cônjuge à dor. Concluíram que a perceção da intensidade da dor e a incapacidade percebida é maior no doente do que a perceção do cônjuge. Este estudo é consistente com resultados anteriores que investigaram a relação entre a interação doente - cônjuge e incapacidade, concluindo que a resposta de preocupação do cônjuge aos comportamentos de dor do doente está associado a um aumento dos comportamentos e perceção de incapacidade (Romano et al., 1995). Flor e colaboradores (1995) no seu estudo concluíram que a relação que existe entre as respostas solícitas dos cônjuges na perceção de dor pode interferir com a perceção de dor. Assim, constataram que, quando o cônjuge manifesta respostas solícitas, a perceção de dor do doente com dor crónica aumenta.

No seu estudo com doentes com dor crónica músculo-esquelética de costas e pescoço que frequentavam uma clínica multidisciplinar, Cano, Johansen, e Franz (2005) concluíram que a perceção de interferência e incapacidade é maior no doente com dor crónica do que no cônjuge, no entanto, não observaram desacordo significativo na intensidade de dor. Estes autores sugerem que compreender a avaliação da dor dos casais envolve uma consciencialização dos fatores que podem interferir com as suas perceções e comportamentos.

Podemos assim concluir que a percepção desempenha um papel importante na avaliação que o doente com dor crónica faz da sua dor. Da mesma forma, o acordo/desacordo entre a percepção do doente com dor crónica e a percepção do cônjuge pode influenciar a sua avaliação de dor, o seu comportamento e a sua adaptação aos tratamentos instituídos, bem como contribuir para a insatisfação conjugal, com consequências nefastas para o bem-estar emocional do casal.

### **3. A depressão, ansiedade e stress na dor crónica**

No ponto anterior, constatamos que a percepção de dor envolve aspetos emocionais, mentais, sociais e espirituais e compreendem os sistemas afetivos e cognitivos, com implicações para o bem-estar físico, mental e social do casal. Por conseguinte abordaremos de seguida a depressão, a ansiedade e o stress e o modo como o distress emocional pode influenciar a experiência de dor no casal.

#### **3.1. O distress emocional na dor crónica**

Conceptualmente, a depressão e a ansiedade são bastante distintos, no entanto, a sobreposição clínica entre as duas condições tem interessado clínicos e investigadores. O conceito de stress, para além de conduzir a episódios de ansiedade e depressão, coloca problemas adicionais ao estudo das condições negativas. Acontecimentos de vida stressantes podem levar a respostas características de stress que incluem a excitação e a incapacidade. Considerado um estado afetivo ou emocional, o conceito de stress tem muitas afinidades com a ansiedade e com a depressão (P. F. Lovibond & Lovibond, 1995). Sendo a ansiedade e a depressão claramente distintos em termos fenomenológicos são, no entanto, difíceis de separar empiricamente. O modelo tripartido de Clark e Watson (1991) foi desenvolvido para clarificar a relação entre os sintomas de depressão e ansiedade e demonstra que estes podem ser agrupados em três estruturas básicas (Figura 1). A primeira estrutura básica, designada por distress, refere-se aos sintomas comuns aos dois constructos (ansiedade e depressão) e são marcadores significativos de distress emocional e relativamente inespecíficos. Estes sintomas são geralmente associados aos dois constructos individualmente e incluem tanto sintomas de ansiedade e depressão como outros sintomas, tais como a insónia, cansaço, irritabilidade e diminuição da concentração, que se encontram presentes nos dois. No modelo tripartido, estes sintomas não específicos são responsáveis pela associação entre as medidas de depressão e ansiedade (Clark & Watson, 1991). Contudo, para além destes sintomas partilhados, os dois constructos



também são caracterizados por um grupo de sintomas relativamente únicos e constituem as outras duas estruturas. Os sintomas de anedonia e falta de experiências positivas (desinteresse, falta de energia, falta de prazer) são sintomas específicos da depressão. Em contraste, manifestações de hiperexcitação e tensão somática (falta de ar, tonturas, boca seca e agitação) são específicos da ansiedade (Watson et al., 1995). Segundo o Modelo Tripartido, estes três tipos de sintomas têm que ser incluídos na avaliação da ansiedade e da depressão (Clark & Watson, 1991).

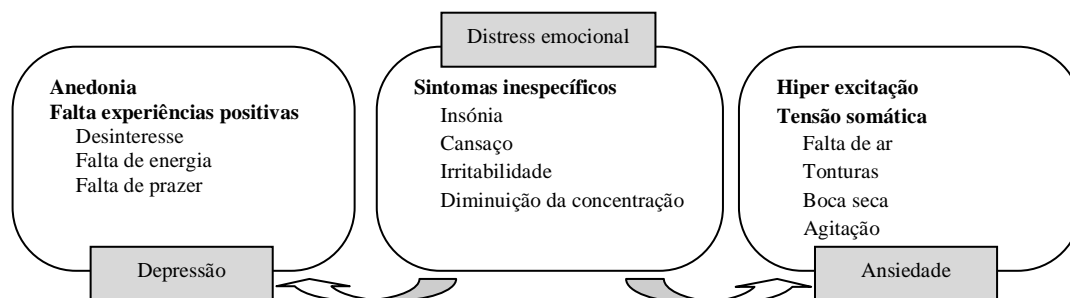


Figura 1- Modelo Tripartido adaptado de Clark e Watson (1991)

As repercussões sociais da dor crónica refletem o impacto que esta tem nos doentes com dor crónica, com as alterações na sua qualidade de vida e na capacidade para desempenhar as suas atividades físicas, intelectuais e profissionais. Segundo o estudo de Castro e colaboradores (2009), existe uma prevalência elevada de perturbações de humor e ansiedade em doentes com dor crónica que podem estar relacionados com a presença constante de dor no quotidiano destes doentes e com as suas consequências que daí advém. Como resultado dos seus sintomas, muitos doentes com dor crónica reduzem ou abandonam inteiramente a sua participação numa variedade de atividades apreciadas (trabalho, tarefas domésticas, atividades de lazer). Estas intrusões podem ameaçar a segurança e a alegria de viver e muitas contribuem para outras perdas, vivenciadas nos sentimentos de prestígio pessoal e na qualidade de vida percebida, resultando consequentemente num distress emocional (Turk, Okifuji & Scharff, 1995).

Desta forma, a dor crónica é conceptualizada como um stressor em que os indivíduos revelam diversas formas de adaptação, variando entre pequenas roturas nas atividades diárias até uma total incapacidade. Isto vai depender das avaliações cognitivas da experiência da dor assim como das estratégias cognitivas e comportamentais empregues na sua gestão (Haythornthwaite, Menefee, Heinberg, & Clark, 1998). Dysvik, Natvig, Eikeland e Lindstrøm (2005) estudaram os principais stressores nos doentes com dor crónica e o papel das variáveis médicas: intensidade e duração da dor; e variáveis psicológicas: a avaliação, depressão e autoestima na predição do coping em doente com

dor crónica e concluíram que os stressores predominantes relacionavam-se com a vida familiar e atividades sociais. Constataram ainda que o processo de coping parece estar mais relacionado com fatores psicológicos do que com indicadores de dor e que a depressão como preditor do uso de coping focado nas emoções pode dificultar a reabilitação.

Uma vez que a experiência de dor causa uma rotura na vida do indivíduo, onde os estados emocionais emergem, a dor é catalizadora de estados emocionais negativos, (Banks & Kerns, 1996). A associação entre cognições negativas é preditiva do ajustamento do doente à dor, encontrando-se a intensidade e as crenças em relação à dor associadas com o distress emocional e com a incapacidade para a realização das atividades diárias (Stroud, Thorn, Jensen & Boothby, 2000).

No estudo de Tan e colaboradores (2008) concluíram que estados emocionais negativos estão associados à dor e à disfuncionalidade. A severidade da dor afeta diretamente a interferência da dor e indiretamente a incapacidade, depressão, ansiedade e a raiva; a incapacidade é indiretamente afetada pela depressão e diretamente pela ansiedade (Figura 2). Desta forma, as emoções negativas estão fortemente correlacionadas e a depressão parece ser a fonte para que outras emoções negativas tais como a ansiedade e o medo façam parte da experiência de dor. Défice nas emoções positivas durante períodos de dor severa e stress elevado pode aumentar a vulnerabilidade para mais emoções negativas durante esse período. De igual forma, os doentes com dor crónica que tendem a ter mais experiências de emoção positivas, em média experienciam menor nível de efeitos negativos durante o tempo de stress e dor (Zautra, Johnson & Davis, 2005). Assim, a sensibilidade à ansiedade e experiências negativas de dor estão associadas à suscetibilidade para experiências de dor negativas e tem um papel importante na perceção de dor (Keogh & Cochrane, 2002).

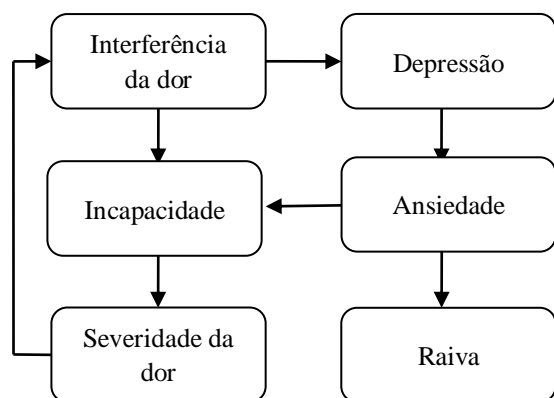


Figura 2 – Associação entre estados emocionais negativos, dor e funcionalidade, adaptado de Tan e colaboradores (2008)

A percepção de dor compreende uma relação complexa com a nociceção, devendo ser considerados tanto os mecanismos fisiológicos envolvidos na codificação da informação no cérebro, como os processos psicológicos que afetam a percepção. A avaliação global da dor pode ser influenciada por fatores adicionais à nociceção tais como a ansiedade, medo, depressão e raiva, entendidas como as quatro emoções que melhor caracterizam o distress dos doentes com dor crónica e podem ser observados através do comportamento ou expressões. A depressão ocorre com maior frequência nos doentes com dor crónica do que naqueles sem dor (Munce & Stewart, 2007) e a dor crónica é exacerbada pela depressão e esta é agravada pela dor (Clark & Treisman, 2004) e, a par da ansiedade, estes sintomas foram encontrados como sendo significativamente preditores de dor, número de medicamentos usados e incapacidade (Keogh, McCracken & Eccleston, 2006), existindo evidências que sugerem que a ansiedade pode levar a uma menor tolerância da dor (Carter et al., 2002) e maior percepção de dor (Granot & Lavee, 2005), bem como a queixas físicas não específicas (Strahl, Kleinknecht & Dinnel, 2000).

Ansiedade e depressão estão diretamente associadas com o aumento da dor (Smith & Zautra, 2008) e constituem desta forma, variáveis indicadoras do nível de adaptação do doente com dor crónica (Soucase, Monsalve & Soriano, 2005). Estas situações colocam problemas de saúde significativos e associados com grandes custos financeiros. Doentes com depressão major e dor crónica incapacitante têm maiores custos nos serviços médicos do que outros grupos de doentes com e sem depressão (Arnou et al., 2009).

Desta forma, para além da componente nociceptiva da dor, é importante considerar no tratamento e gestão da dor a associação entre dor crónica e depressão, bem como os comportamentos de dor e distress (Main & Watson, 1999), uma vez que estes fatores estão associados com o sofrimento. Glombiewski, Hartwich-Tersek e Rief (2010) realizaram um estudo com doentes com dor crónica que foram sujeitos a uma intervenção cognitivo-comportamental e concluíram que, no geral, os doentes melhoraram no relato de depressão, intensidade de dor e incapacidade, constatando que níveis mais elevados de depressão antes da intervenção preveem maior percepção de intensidade de dor e incapacidade. Diminuir a ansiedade e melhorar a aceitação pode levar os doentes disfuncionais a um coping mais adaptativo (McCracken, Spertus, Janeck, Sinclair & Wetzel, 1999).

### 3.2. O distress emocional no casal com dor crónica

A dor tem um impacto negativo nas pessoas significativas dos doentes com dor crónica e os cônjuges apresentam um maior risco de desenvolver depressão comparado

com cônjuges de indivíduos saudáveis, uma vez que viver com um doente com dor crónica adiciona um esforço extra a qualquer relação, independentemente da sua qualidade (Turk, Kerns & Rosenberg, 1992). Casais que enfrentam a dor experienciam mais distress emocional e relacional do que casais saudáveis e a dor crónica parece afetar o funcionamento familiar, nomeadamente em questões comuns a todos os casais, influenciando a discussão desses tópicos e instigando a discussão de outros temas (Cano, Johansen et al., 2005). Schwartz, Slater, Birchler e Atkinson (1991), constataram que o nível de depressão nos cônjuges era maior do que o observado nos doentes com dor crónica e que a intensidade de dor do doente com dor crónica estava relacionada significativamente com a depressão do cônjuge. Os cônjuges estão expostos a contingências que afetam a sua disposição durante a relação conjugal, as emoções expressas durante as interações no casal têm uma função reguladora na dor crónica. Emoções negativas durante a interação conjugal relacionam-se positivamente com sintomas depressivos no casal enquanto as emoções positivas relacionam-se negativamente com os sintomas (Johansen & Cano, 2007).

A forma como a dor tem um forte impacto no distress emocional dos cônjuges requer uma atenção às características do doente com dor crónica e do cônjuge. O trabalho de Goubert e colaboradores (2005) sugerem que tanto as influências *top-down* (características do observador) como as *bottom-up* (pistas de dor do doente com dor crónica) fornecem aos cônjuges conhecimento acerca da dor do doente com dor crónica e contribui para uma variedade de respostas afetivas, incluindo o stress psicológico. A intensidade de dor (*bottom-up*) fornece informação ao cônjuge acerca da dor do doente com dor crónica e podem aumentar o distress dos cônjuges (Leonard & Cano, 2006).

O estudo de Leonard e Cano (2006) revela que a intensidade de dor do doente com dor crónica (influência *bottom-up*) está relacionada com os sintomas depressivos do cônjuge uma vez que a severidade de dor pode desencadear comportamentos de dor ou outros sinais observados que dão pistas ao cônjuge de como o doente com dor crónica se sente. As autoras referem ainda que os cônjuges que experienciaram dor crónica (influência *top down*) podem ter uma maior consciência das dificuldades do doente com dor crónica e ampliam a dor deste e, desta forma, podem sentir-se mais deprimidos e ansiosos porque tem dificuldades em abstrair-se das pistas de dor do doente com dor crónica (*bottom-up*). A depressão pode afetar a relação interpessoal, diminuindo a capacidade do doente com dor crónica para comunicar acerca da sua dor e a capacidade de observação do cônjuge dos comportamentos de dor (Joiner & Coyne, 1999, cit. in Cano et al., 2004). Os cônjuges de

doentes deprimidos podem ainda afastar-se para se protegerem da angústia (Pyszczynski et al., 1995, cit. in Cano et al., 2004).

Leonard e colaboradores (2006) constataram que os cônjuges também experienciam um declínio na satisfação conjugal e no bem-estar psicológico e referem que o doente com dor crónica não tem apenas incapacidade física e perturbação de humor, mas também insatisfação conjugal, diminuição do suporte social e problemas interpessoais. Na figura 3 podemos observar o modelo de trabalho desenvolvido por Leonard e colaboradores (2006) que operacionaliza as variáveis que operam as interrelações entre a satisfação conjugal, a dor e o distress emocional.

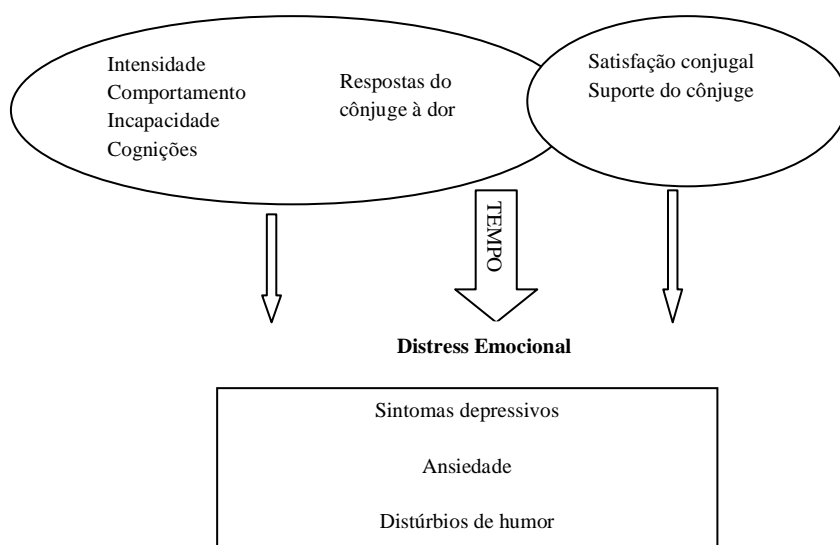


Figura 3 - Modelo de trabalho das interrelações entre a satisfação conjugal, a dor e o distress emocional, adaptado de Leonard e colaboradores (2006)

Diversos fatores estão associados à adaptação do cônjuge do doente com dor crónica, nomeadamente as discrepâncias observadas na incapacidade percebida. O relato de distress emocional foi significativamente associado com a avaliação do cônjuge de maior incapacidade física do doente com dor crónica. O distress do cônjuge também foi relatado como maior quando a avaliação do cônjuge da incapacidade do doente com dor crónica era maior (Geisser, Cano & Leonard, 2005).

A congruência entre doente com dor crónica e cônjuge em relação à experiência de dor pode depender da depressão do doente com dor crónica sendo que, a incongruência na incapacidade física e psicológica é maior quando aquele se encontra deprimido (Cano et al., 2004).

A depressão, a ansiedade e o stress são variáveis que podem afetar a avaliação do casal da experiência de dor. A depressão pode conduzir a interpretações negativas dos

acontecimentos (Sheppard & Teasdale, 1995). Assim, os doentes com dor crónica e os seus cônjuges podem perceber a dor e a incapacidade como sendo mais severa. A depressão pode ainda levar a um afastamento social do doente com dor crónica (Joiner & Coyne, 1999, cit. in Cano et al., 2005) conduzindo a um maior desacordo no casal. Doente com dor crónica e cônjuges relatam maior angústia quando estão em desacordo na avaliação da dor e incapacidade (Cano et al., 2004). A angústia do doente com dor crónica encontra-se associada com o desacordo na interferência, incapacidade física e psicossocial enquanto a angústia do cônjuge prevê desacordo na intensidade de dor e na interferência (Cano et al., 2005).

Uma vez que as variáveis conjugais (satisfação conjugal e respostas negativas do cônjuge à dor) são responsáveis por um aumento de sintomas de ansiedade e depressão, mais do que as variáveis de dor, os sintomas de distress nos doentes com dor crónica são melhor explicados se incluirmos às variáveis de dor as variáveis conjugais (Cano, Gillis, Heinz, Geisser & Foran, 2004), reforçando a importância de considerarmos o relacionamento do casal na investigação e no tratamento da dor (Leonard et al., 2006).

Em conclusão, a dor crónica é uma fonte de distress emocional que interfere com a vida do doente e das pessoas significativas e pode afetar a avaliação do casal da experiência de dor e o funcionamento conjugal. Assim, a experiência de dor vai depender do bem-estar emocional do doente e do cônjuge.

## PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

### 4. Metodologia

O presente ponto refere-se às questões metodológicas utilizadas na elaboração da investigação empírica: descrição dos processos que acompanharam a sua realização designadamente a apresentação do desenho do estudo, objetivos, questões e hipóteses de investigação; caracterização do estudo, nomeadamente os instrumentos e variáveis em estudo, bem como os procedimentos de investigação e tratamento estatístico dos dados e a caracterização da amostra e participantes.

#### 4.1. Desenho do estudo

Como refere Fortin (1999) “o desenho de investigação é o plano lógico elaborado e interpretado pelo investigador, para obter resposta às questões de investigação” (p.40). O presente estudo adotou uma metodologia quantitativa e o seu desenho de investigação será do tipo observacional, procurando descrever os acontecimentos que ocorrem naturalmente; e transversal, pois os dados são recolhidos apenas num único momento (Ribeiro, 2010). Neste sentido e atendendo aos objetivos traçados, este desenho de investigação contempla estudos de carácter descritivo, que fornecem informação acerca da amostra em estudo, correlacional, uma vez que se baseia essencialmente na tentativa de explorar e determinar a existência de relações entre as variáveis e das diferenças entre grupos, com o objetivo de analisar essas relações (Fortin & Ducharme, 2003) e analítico, procurando explicar os resultados através da análise das relações estatísticas entre as diferentes variáveis (Ribeiro, 2010).

#### 4.2. Objetivos do estudo

No decorrer do enquadramento teórico constatamos que a dor crónica constitui-se como grave problema de saúde pública que interfere com a qualidade de vida dos doentes, nomeadamente no sofrimento e limitações, afetando ainda o bem-estar das pessoas significativas e as atividades dos familiares (Castro-Lopes et al., 2010). Considerada como um fenómeno biopsicossocial, são vários os fatores envolvidos na compreensão da dor, sendo essencial compreender as complexidades das interações entre as características biológicas, psicológicas e sociais da dor. Sendo a dor uma experiência subjetiva e individual, a sua avaliação depende da perceção individual do doente (Turk, 2003) e dos

processos psicológicos que influenciam a sua perceção (Ribeiro, 1998). Contudo, uma vez que a dor ocorre num contexto social, o comportamento do doente afeta o comportamento dos outros e é afetado por estes (Keefe et al., 1992). Assim, torna-se importante a inclusão dos outros na experiência da dor, sendo essencial considerar-se na avaliação do doente, a perceção da dor das pessoas significativas (Craig, 2009), nomeadamente o envolvimento do cônjuge que, devido à sua relação de proximidade e intimidade, pode influenciar a avaliação da dor do doente, o seu comportamento e a adaptação aos tratamentos instituídos (Leonard et al., 2006), desempenhando o acordo/desacordo do casal na perceção da intensidade de dor do doente com dor crónica um papel preponderante. Constituindo-se como uma fonte de distress emocional que interfere com o bem-estar físico, mental e social do casal, a depressão, ansiedade e stress decorrentes da dor pode influenciar a experiência de dor no casal.

Por conseguinte, definimos como objetivo geral do estudo analisar o (des)acordo do casal na perceção da intensidade de dor do doente com dor crónica não oncológica, bem como a relação da depressão, ansiedade e stress do doente com dor crónica e do cônjuge, quer na perceção do doente com dor crónica e perceção do cônjuge da intensidade de dor do doente, quer no referido desacordo.

Tendo por base o referido objetivo geral, procuramos responder à seguinte questão de partida:

*Nos casais em que um dos elementos apresenta dor crónica, o desacordo do casal na perceção da intensidade da dor do doente, a perceção do doente com dor crónica e a perceção do cônjuge da intensidade de dor do doente vão depender da depressão, ansiedade e stress do doente com dor crónica e do cônjuge?*

Para facilitar a compreensão desta temática, propusemos os seguintes objetivos específicos:

1. Caracterizar a perceção dos doentes com dor crónica e dos cônjuges da intensidade de dor do doente; bem como a depressão, ansiedade e stress (DAS) do doente com dor crónica e do cônjuge;
2. Comparar e analisar a perceção de intensidade de dor do doente com dor crónica entre o doente com dor crónica e o cônjuge;
3. Comparar e analisar a DAS entre o doente com dor crónica e o cônjuge;
4. Investigar possíveis relações entre a perceção dos doentes com dor crónica e perceção dos cônjuges da intensidade de dor do doente e a DAS do doente com dor crónica;



5. Investigar possíveis relações entre a percepção dos doentes com dor crónica e percepção dos cônjuges da intensidade de dor do doente e a DAS do cônjuge;
6. Investigar possíveis relações entre o desacordo do casal na avaliação da percepção de intensidade de dor do doente e a DAS do doente com dor crónica e DAS do cônjuge.
7. Analisar o impacto do (des)acordo do casal na avaliação da percepção de intensidade de dor do doente (acordo, desacordo sobrestimação e desacordo subestimação) e na DAS do doente com dor crónica e DAS do cônjuge.<sup>1</sup>

#### 4.3. Questões e hipóteses de investigação

Mediante os objetivos propostos, formularam-se as seguintes questões e hipóteses de investigação:

Questão 1: De que forma os doentes com dor crónica e os cônjuges percebem a intensidade de dor do doente e apresentam DAS?

Esta questão de investigação surge com o intuito de descrever as variáveis em estudo nos doentes com dor crónica e nos cônjuges. Dado o carácter descritivo desta questão não se formula qualquer hipótese, descrevendo-se apenas as variáveis como elas existem na amostra (Ribeiro, 2010).

Questão 2: Será que existem diferenças na percepção de intensidade de dor do doente entre os doentes com dor crónica e os cônjuges?

A avaliação da dor diz respeito ao significado que o doente lhe atribui, reportando-se à sua percepção subjetiva (Sharp, 2001) e, pelo facto de se tratar de uma doença crónica, está associada a representações ou percepções disfuncionais ou negativas que aumentam a dificuldade em lidar com a dor, exacerbando-a (Jensen et al., 1994; Turner et al., 2000). Assim, e de acordo com a literatura, sugerimos a seguinte hipótese de investigação:

H<sub>1</sub>: Prevê-se que os doentes com dor crónica apresentem valores mais elevados de percepção da intensidade de dor comparativamente com os cônjuges.

Questão 3: Será que existem diferenças na DAS entre os doentes com dor crónica e os cônjuges?

Os estudos de Geisser e colaboradores (2005) comprovaram que os doentes com dor crónica apresentam diferenças significativas de distress emocional quando comparado com os cônjuges, ao investigarem os fatores associados à satisfação conjugal e humor dos

---

<sup>1</sup> Apesar dos objetivos 6 e 7 serem conceptualmente muito próximos, o nosso propósito consiste em investigar a relação entre as referidas variáveis com base em procedimentos metodológicos distintos (correlações e análise da variância)

cônjuges de doentes com dor crónica. O estudo de Pence, Cano, Thorn e Ward (2007) acerca do nível de acordo na díade conjugal e o papel da catastrofização, satisfação conjugal e depressão revelou também que os doentes com dor crónica apresentavam mais sintomas de depressão do que os cônjuges. Desta forma, propomos a seguinte hipótese de investigação:

H<sub>2</sub>: Prevê-se que os doentes com dor crónica apresentem valores mais elevados de DAS comparativamente com os cônjuges.

Questão 4: Será que existe uma relação entre a perceção dos doentes com dor crónica e perceção dos cônjuges da intensidade de dor do doente e a DAS do doente com dor crónica?

A experiência de dor é catalisadora de estados emocionais negativos (Banks & Kerns 1996) e estes são preditivos do ajustamento do doente à dor sendo que a perceção da intensidade de dor encontra-se associada com o distress emocional (Stroud et. al, 2000). Sendo a dor uma fonte de distress emocional, tem um impacto negativo nos doentes e nas pessoas significativas e pode afetar a avaliação do casal da experiência de dor (Turk et al., 1992).

De acordo com o anteriormente descrito formulam-se as seguintes hipóteses de investigação:

H<sub>3</sub>: Prevê-se que os níveis de perceção da intensidade de dor dos doentes com dor crónica se associem positivamente com a DAS dos doentes com dor crónica.

H<sub>4</sub>: Prevê-se que os níveis de perceção dos cônjuges da intensidade de dor do doente se associem positivamente com a DAS dos doentes com dor crónica.

Questão 5: Será que existe uma relação entre a perceção dos doentes com dor crónica e perceção dos cônjuges da intensidade de dor do doente e a DAS do cônjuge?

De acordo com a literatura, estudos demonstram a relação existente entre a perceção de intensidade de dor do doente e a depressão do cônjuge (Leonard & Cano, 2006) e a ansiedade do cônjuge (Cano, Gillis et al., 2004). A depressão, a ansiedade e o stress podem afetar a avaliação do casal da experiência de dor e os cônjuges podem perceber a dor do doente como sendo mais severa (Joiner & Coyner, 1999, cit. in Cano et al., 2005). Desta forma, propomos as seguintes hipóteses de investigação:

H<sub>5</sub>: Prevê-se que os níveis de perceção da intensidade de dor dos doentes com dor crónica se associem positivamente com a DAS dos cônjuges.

H<sub>6</sub>: Prevê-se que os níveis de perceção dos cônjuges da intensidade de dor do doente se associem positivamente com a DAS dos cônjuges.

Questão 6: Será que existe uma relação entre a DAS do doente com dor crónica e a DAS do cônjuge e o desacordo do casal na avaliação da percepção de intensidade de dor do doente?

Estudos revelam que o desacordo do casal na avaliação da percepção de intensidade de dor do doente tem sido associado a maior depressão do doente com dor crónica (Cano et al., 2004; Cremeans-Smith et al., 2003) e que o distress emocional do cônjuge se relaciona com um maior desacordo no casal (Cano et al., 2005). Assim, os doentes com dor crónica e os cônjuges relatam maior distress emocional quando estão em desacordo na avaliação da intensidade de dor do doente (Cano et al., 2004). Mediante estes estudos, sugerimos a seguinte hipótese de investigação:

H<sub>7</sub>: Prevê-se que os níveis de DAS dos doentes com dor crónica e a DAS dos cônjuges se associem com o desacordo do casal na avaliação da percepção de intensidade de dor do doente.

Questão 7: Será que existe uma relação entre a frequência do acordo do casal na avaliação da percepção de intensidade de dor do doente (acordo, desacordo sobrestimação e desacordo subestimação) e a DAS do doente com dor crónica e DAS do cônjuge?

Tal como referido nos estudos mencionados na questão anterior, o distress emocional dos doentes com dor crónica e dos cônjuges está associado com o desacordo do casal na avaliação da percepção de intensidade de dor do doente, consequentemente podemos concluir que quanto maior o acordo do casal, menor serão os níveis de distress emocional dos doentes com dor crónica e dos cônjuges. Analisando a frequência do acordo do casal na avaliação da percepção de intensidade de dor do doente e a DAS do doente com dor crónica e a DAS do cônjuge, propomos a seguinte hipótese de investigação:

H<sub>8</sub>: Prevê-se que no grupo “acordo do casal” os níveis de DAS do doente com dor crónica e do cônjuge sejam inferiores comparativamente com os grupos “desacordo sobrestimação” e “desacordo subestimação”.

#### 4.4. Instrumentos e variáveis em estudo

Para avaliação das variáveis em análise anteriormente descritas, desenvolveu-se uma bateria de instrumentos que permitissem analisar essas mesmas variáveis na amostra. Esta bateria dividiu-se em duas partes distintas: a versão do paciente e a versão do cônjuge. Seguidamente apresenta-se de forma sucinta os instrumentos utilizados.

#### 4.4.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico (QSDC) - versão doente e versão cônjuge

O QSDC para os doentes com dor crónica (Anexo 1, p.58) e para os cônjuges (Anexo 2, p.59) foi desenvolvido por Oliveira, Quartilho e Costa (2009). Este questionário está dividido em duas partes distintas. A primeira parte, comum ao doente e ao cônjuge, compreende dados sociodemográficos: sexo, idade, estado civil, parentalidade, habilitações literárias e situação laboral. A segunda parte, aplicável apenas ao doente, abarca a condição clínica: duração e localização da dor, diagnósticos clínicos, tratamentos farmacológicos e não farmacológicos. Para efeitos de caracterização da nossa amostra utilizaremos as seguintes variáveis: género, idade, habilitações literárias, situação laboral e duração da relação do doente com dor crónica e do cônjuge e duração da dor do doente com dor crónica.

#### 4.4.2. Inventário Multidimensional de Dor de West Haven-Yale (MPI) e Inventário Multidimensional de Dor de West Haven-Yale (MPI) - versão companheiro(a)

O MPI (Anexo 3, p.60) foi desenvolvido por Kerns, Turk e Rudy (1985) e traduzido, adaptado culturalmente e validado pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Este inventário compreende informações sobre as condições físicas, psicossociais e comportamentais de doentes com dor crónica e encontra-se dividido em três partes, num total de 52 itens.

A versão do companheiro(a) (Anexo 4, p.66) foi adaptada por Oliveira e colaboradores (2009), com base na versão portuguesa traduzida, adaptada culturalmente e validada pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Este inventário compreende informações sobre as condições físicas, psicossociais e comportamentais de pacientes com dor crónica, na perspetiva da pessoa significativa, e encontra-se dividido em três partes, num total de 52 itens.

No nosso estudo foi utilizado o item sete da primeira parte dos inventários, que se refere à perceção do doente com dor crónica e do cônjuge da intensidade de dor na última semana e é distribuído numa escala numérica de 6 pontos.

Uma vez que um dos objetivos do nosso estudo é avaliar o (des)acordo do casal na perceção do doente com dor crónica e do cônjuge, construímos uma nova variável baseada na MPI do doente com dor crónica e do cônjuge que denominados “diferenças no acordo do casal”. Esta variável resulta da subtração dos valores do MPI do doente com dor crónica e dos valores do MPI do cônjuge em cada díade conjugal. Uma vez que ficamos com uma variável que varia entre valores -6 e 6, o que impediria a realização de determinados

procedimentos estatísticos, nomeadamente as correlações, criamos uma nova variável designada “desacordo do casal” na percepção do doente com dor crónica e do cônjuge da intensidade de dor do doente, em que os valores negativos foram colocados em módulo tornando-se assim positivos. Assim, a variável assume os valores num intervalo de 0 a 6 em que níveis mais baixos correspondem a maiores níveis de acordo e os mais altos a menores níveis de acordo.

#### 4.4.3. Depression-Anxiety-Stress scale-21 (DASS-21) – versão portuguesa

Esta versão foi adaptada por Oliveira e colaboradores (2009) com base na *Depression, Anxiety, and Stress Scale*, desenvolvida por P. F. Lovibond e Lovibond (1995) e foi aplicada ao doente com dor crónica e ao cônjuge (Anexo 5, p.71). Permite avaliar a depressão, associada à perda da autoestima e da motivação relacionada com a percepção de baixa probabilidade no alcance de objetivos de vida que sejam significativos para o indivíduo enquanto pessoas; a ansiedade, que salienta as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo; e o stress que sugere estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão.

A DASS-21 é constituída por três subescalas, a depressão, a ansiedade e o stress, compostas por vários itens e conceitos a eles associados, conforme se pode observar na Tabela 1.

**Tabela 1: Itens e conceitos associados às subescalas da DASS-21**

	Conceito	Itens
<b>Depressão</b>	Disforia	13
	Desânimo	10
	Desvalorização da vida	21
	Auto depreciação	17
	Falta de interesse ou de envolvimento	16
	Anedonia	3
	Inércia	5
<b>Ansiedade</b>	Excitação do sistema autónomo	2, 4, 19
	Efeitos músculo esqueléticos	7,
	Ansiedade situacional	9,
	Experiências subjetivas da ansiedade	15, 20
<b>Stress</b>	Dificuldade em relaxar	1, 12
	Excitação nervosa	8
	Agitado/chateado	18
	Irritável/reação exagerada	6, 11
	Impaciência	14

Fonte: Oliveira e colaboradores, 2009

As três subescalas são distribuídas em 21 itens que avaliam a extensão em o indivíduo experimentou cada sintoma durante a última semana com quatro níveis de resposta tipo Lickert sendo que o 0 corresponde a “não se aplicou a mim”, o 1 “aplicou-se um pouco ou durante parte do tempo”, o 2 “aplicou-se bastante a mim, ou durante uma boa parte do tempo” e 3 “aplicou-se muito a mim, ou a maior parte do tempo” (Oliveira et al., 2009).

#### 4.4.4. Variáveis em estudo

A partir da revisão da literatura, que teve por base a temática da percepção do doente e percepção do cônjuge da intensidade de dor do doente; e a depressão, ansiedade e stress do doente com dor crónica e do cônjuge, reconheceu-se a pertinência de alguns constructos para sua compreensão. Assim, na Tabela 2 podemos observar as variáveis seleccionadas para o estudo, bem como as dimensões que as constituem e os instrumentos utilizados na sua avaliação.

**Tabela 2: Variáveis em estudo, dimensões e instrumentos de avaliação**

Variáveis em Estudo	Variáveis/Dimensões	Instrumentos
<b>Doente com dor crónica e cônjuge</b>		
Variáveis Sociodemográficas	Género, Idade, Habilitações Literárias, Situação Laboral, Duração da relação	Questionário Sociodemográfico e Clínico
Avaliação do distress emocional	Depressão Ansiedade Stress	DASS-21
Desacordo do casal	Percepção da intensidade de dor do doente com dor crónica	MPI – item 7 MPI (versão companheiro) - item 7
<b>Doente com dor crónica</b>		
Variáveis Clínicas	Duração da dor	Questionário Sociodemográfico e Clínico
Avaliação da percepção da dor	Intensidade de dor durante a última semana	MPI – item 7
<b>Cônjuge</b>		
Avaliação da percepção da dor	Intensidade da dor do companheiro durante a última semana	MPI (versão companheiro) - item 7

#### 4.5. Procedimentos de investigação e tratamento estatístico dos dados

Qualquer investigação com pessoas levanta questões de ordem moral e ética, desde que se determina o estudo até à sua conclusão e, “na persecução da aquisição dos conhecimentos existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao

respeito pela pessoa e à proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano” (Fortin, 1999, p.113). Assim, neste estudo foram tomadas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participaram no processo de investigação.

Para a recolha de dados foi elaborado um pedido de autorização ao Conselho de Administração, Comissão de Ética e Diretores dos serviços de Psicologia e Unidade de Tratamento de Dor do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. (CHVNG/E, E.P.E.) que informava acerca dos objetivos de investigação e sua pertinência, com parecer favorável (Anexo 6, p.72). A presente investigação insere-se num projeto mais amplo de investigação cuja recolha de dados decorreu noutras instituições de saúde, nas quais foram obtidas as respetivas autorizações.

Aos participantes foram explicados os objetivos do estudo, as vantagens da participação ao nível da obtenção de conhecimentos para a investigação científica e o caráter confidencial dos dados recolhidos. Após questionada a sua vontade em participar, enfatizando o direito da não participação sem qualquer tipo de implicação, procedeu-se à entrega de uma folha de apresentação do estudo (Anexo 7, p.74) e uma declaração de consentimento informado (Anexo 8, p.75).

Posteriormente à recolha de dados, estes foram introduzidos e tratados pelo programa estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 17.0. Para o tratamento dos dados sociodemográficos, condição clínica e caracterização das diferentes variáveis utilizaram-se procedimentos estatísticos de frequência e de descrição. Para avaliar a consistência dos instrumentos utilizados recorremos ao *Alpha de Cronbach*. Com o intuito de analisar as diferenças significativas entre grupos utilizou-se o teste *t-student* e para analisar as relações existentes entre as diversas variáveis utilizaram-se os procedimentos estatísticos de correlação de *Pearson*, a análise da regressão linear múltipla e ainda a análise de variância ANOVA com o teste *Post- Hoc de Tukey*.

#### 4.6. Amostra e participantes

Os participantes deste estudo constituem uma amostra intencional (Almeida & Freire, 2007), uma vez que apenas foram incluídos doentes com dor crónica não oncológica e os cônjuges. No entanto, o processo de amostragem é por conveniência (Almeida & Freire, 2007), visto que apenas foram envolvidos os doentes e os cônjuges do CHVNG/E, EPE; Centro Hospitalar do Porto – Hospital Geral de Santo António (CHP-

HGSA), e Centro de Saúde de Gondomar (CSG), e se disponibilizaram a participar neste estudo. A duração da recolha prolongou-se de maio de 2010 a abril de 2011.

No total deste estudo participaram, 55 doentes com dor crónica não oncológica e os respetivos cônjuges, num total de 110 participantes sendo que, 41.8% dos casais eram provenientes do CHVNG/E, EPE, 36.4% do CHP-HGSA e 21.8% do CSG. Relativamente ao género, distinguimos o dos doentes e o dos cônjuges: quanto aos doentes, o sexo feminino constitui 80% da amostra e o masculino 20%; no que se refere aos cônjuges, na sua maioria pertenciam ao sexo masculino constituindo 80% da amostra, e os restantes 20% eram do sexo feminino. Relativamente à idade dos participantes: nos doentes esta situa-se entre os 34 e os 84 anos, com uma média de 57.11 anos ( $DP=11.30$ ); nos cônjuges varia entre os 36 e os 87 anos, sendo a média de 58.04 ( $DP=11.10$ ). A duração da relação dos casais situa-se entre os 3 e os 66 anos, com uma média de 33.16 anos ( $DP=13.03$ ).

Relativamente às habilitações literárias dos participantes, podemos constatar que a maior parte deles apenas possui o 4º ano de escolaridade: 41.8% tanto para os doentes como para os cônjuges. No que concerne à situação laboral, verificamos que apenas 10.9% dos doentes se encontra a trabalhar a tempo inteiro e que a maioria encontra-se reformada (47.3%). A percentagem de reformados é semelhante para os cônjuges (47.3%) sendo que 36.4% se encontra a trabalhar a tempo inteiro. A análise da Tabela 3 permite-nos comparar os dados sociodemográficos dos casais, descritos anteriormente:

**Tabela 3: Dados sociodemográficos dos casais**

		Doente		Cônjuge	
		Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
<b>Género</b>	Feminino	44	80%	11	20%
	Masculino	11	20%	44	80%
<b>Habilitações literárias</b>	1º Ciclo Incompleto	4	7.3%	2	3.6%
	1º Ciclo	23	41.8%	23	41.8%
	2º Ciclo	6	10.9%	6	10.9%
	3º Ciclo	12	21.8%	10	18.2%
	Ensino Secundário	8	14.5%	6	10.9%
	Bacharelato/Licenciatura	1	1.8%	6	10.9%
	Mestrado/Doutoramento	1	1.8%	2	3.6%
<b>Situação laboral</b>	Empregado tempo inteiro	6	10.9%	20	36.4%
	Empregado tempo parcial	0	0%	1	1.8%
	Baixa médica	10	18.2%	0	0%
	Desempregado	8	14.5%	5	9.1%
	Doméstico	2	3.6%	3	5.5%
	Reformado	26	47.3%	26	47.3%
	Outro	3	5.5%	0	0%



Analisando a caracterização clínica dos doentes com dor crónica, quanto à duração da dor, através da observação da Tabela 4 podemos constatar que a maior parte dos doentes menciona problemas de dor crónica há mais de um ano.

**Tabela 4: Duração da dor crónica**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Menos de 1 ano</b>	1	1.8%
<b>1 a 5 anos</b>	15	27.3%
<b>5 a 10 anos</b>	12	21.8%
<b>10 a 20 anos</b>	15	27.3%
<b>Mais de 20 anos</b>	12	21.8%

Relativamente à frequência do acordo no casal, podemos verificar que na sua maioria, estamos perante casais que estão em desacordo quanto à percepção da intensidade de dor do doente com dor crónica, conforme se pode observar na Tabela 5.

**Tabela 5: Frequência do acordo no casal**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Acordo</b>	15	27.3%
<b>Desacordo sobrestimação</b>	25	45.5%
<b>Desacordo subestimação</b>	15	27.3%

## **5. Apresentação dos resultados**

Neste ponto apresentamos os resultados obtidos no presente estudo, com vista a alcançar os objetivos propostos. Deste modo, iniciamos a apresentação com uma síntese descritiva que visa caracterizar as variáveis na amostra estudada, fazendo a diferenciação entre os doentes com dor não oncológica e os cônjuges. De seguida iremos comparar e analisar as diferenças entre doentes com dor crónica e os cônjuges, relativamente às variáveis percepção da intensidade de dor do doente e DAS e investigar possíveis relações entre estas variáveis. Posteriormente investigaremos possíveis relações entre a DAS do doente com dor crónica e do cônjuge e o desacordo do casal na avaliação da intensidade de dor do doente.

### **5.1. Análise de frequência e descrição**

Começamos por caracterizar a percepção dos doentes com dor crónica e dos cônjuges da intensidade de dor do doente na última semana. Como podemos observar a partir da análise da Tabela 6, os doentes com dor crónica apresentam uma percepção da

intensidade de dor média de 4.31 ( $DP=1.35$ ), ao passo que a percepção da intensidade de dor média dos doentes, quando avaliada pelo cônjuge, se situa nos 4.09 ( $DP=1.28$ ).

**Tabela 6: Caracterização da percepção dos doentes com dor crónica e dos cônjuges da intensidade de dor do doente**

	Doente com dor crónica (n=55)				Cônjuge (n=55)			
	Nada forte	Extremamente forte	Média	Desvio- Padrão	Nada forte	Extremamente forte	Média	Desvio- Padrão
<b>Intensidade de dor do doente</b>	1	6	4.31	1.35	1	6	4.09	1.28

A DASS-21 utilizada neste estudo para a avaliação da depressão, ansiedade e stress permite avaliar a extensão em que o indivíduo experimentou cada sintoma. De seguida apresentamos os valores de consistência interna obtidos na escala e caracterizamos na Tabela 7 a depressão, a ansiedade e o stress dos doentes com dor crónica e dos cônjuges.

**Tabela 7: Caracterização da depressão, ansiedade e stress do doente com dor crónica e do cônjuge**

	Doente com dor crónica (n=55)					Cônjuge (n=55)				
	Mín.	Máx.	Média	Desvio- Padrão	<i>Alpha de Cronbach</i>	Mín.	Máx.	Média	Desvio- Padrão	<i>Alpha de Cronbach</i>
<b>Depressão</b>	0	21	9.64	6.33	.880	0	20	6.02	5.01	.815
<b>Ansiedade</b>	0	18	8.22	5.05	.778	0	16	3.65	4.07	.827
<b>Stress</b>	2	21	11.22	5.48	.870	0	19	7.06	4.88	.840

A partir da análise da Tabela 7, verificamos que a DASS -21 apresenta em todas as suas subescalas uma boa consistência interna, tanto para os doentes com dor crónica como para os cônjuges, de acordo com os critérios propostos por Almeida e Freire (2007).

Analisando as pontuações obtidas podemos observar que os doentes com dor crónica apresentam como valores mais elevados o stress ( $M=11.22$ ;  $DP=5.48$ ), seguido da depressão ( $M=9.64$ ;  $DP=6.33$ ) e ansiedade ( $M=8.22$ ;  $DP= 5.05$ ). Por sua vez, os cônjuges apresentaram como valores mais elevados o stress ( $M=7.06$ ;  $DP=4.88$ ), seguido da depressão ( $M=6.02$ ;  $DP=5.01$ ) e como mais baixo a ansiedade ( $M=3.65$ ;  $DP=4.07$ ), sendo deste modo um padrão semelhante ao apresentado pelos doentes.

## 5.2. Comparação e análise das diferenças

No sentido de averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre doentes com dor crónica e cônjuges, relativamente às variáveis percepção da intensidade de dor do doente e DAS anteriormente apresentadas, utilizou-se o teste *t-student*.

Conforme se pode constatar na Tabela 8, no que concerne à percepção do doente com dor crónica e do cônjuge da intensidade de dor do doente, apesar dos doentes com dor crónica apresentarem uma média mais elevada ( $M=4.31$ ;  $DP=1.35$ ) do que os cônjuges ( $M=4.09$ ;  $DP=1.28$ ) esta não é estatisticamente significativa ( $p=.265$ ).

**Tabela 8: Diferenças entre doentes com dor crónica e os cônjuges, na percepção de intensidade de dor do doente**

	N	Intensidade de dor do doente		t	p*
		Média	Desvio-padrão		
<b>Doente com dor crónica</b>	55	4.31	1.35	1.127	0.265
<b>Cônjuge</b>	55	4.09	1.28		

\* Resultados de acordo com o teste *t-student* para duas amostras independentes com 95% de confiança

Na Tabela 9 apresentam-se os resultados significativos encontrados entre a DAS dos doentes com dor crónica e dos cônjuges. Podemos constatar que as diferenças entre a DAS dos doentes com dor crónica e dos cônjuges atingem significância estatística ( $p=0.000$ ) em todas as subescalas. Assim, podemos concluir que os sintomas de distress emocional: depressão, ansiedade e stress são mais elevados nos doentes com dor crónica do que nos cônjuges.

**Tabela 9: Diferenças na DAS entre doentes com dor crónica e os cônjuges**

		N	Média	Desvio-padrão	t	p*
<b>Depressão</b>	Doente com dor crónica	55	9.64	6.33	3.890	.000
	Cônjuge	55	6.02	5.01		
<b>Ansiedade</b>	Doente com dor crónica	55	8.22	5.05	5.786	.000
	Cônjuge	55	3.65	4.07		
<b>Stress</b>	Doente com dor crónica	55	11.22	5.48	4.342	.000
	Cônjuge	55	7.06	4.88		

\* Resultados de acordo com o teste *t-student* para duas amostras independentes com 95% de confiança

## 5.3. Análise das correlações

No presente estudo investigamos as correlações entre: a percepção do doente com dor crónica e do cônjuge da intensidade de dor do doente e a DAS do doente com dor crónica; a percepção do doente com dor crónica e do cônjuge da intensidade de dor do doente e a DAS do cônjuge; a DAS do doente com dor crónica e o desacordo do casal na percepção da intensidade de dor do doente com dor crónica; a DAS do cônjuge e o desacordo do casal na percepção da intensidade de dor do doente com dor crónica. Para tal, utilizamos o modelo estatístico de correlação ( $r$  de Pearson), com o intuito de verificar de que forma é que as variáveis se correlacionam entre si.

Através da análise da Tabela 10 verifica-se que a percepção da intensidade de dor do doente se correlaciona em sentido positivo com todas as subescalas: depressão, ansiedade e stress do doente com dor crónica, para um  $p < .01$ . Desta forma, quanto maior for a percepção da intensidade de dor, mais elevada será a depressão, a ansiedade e o stress do doente com dor crónica.

Quanto à percepção do cônjuge da intensidade de dor do doente, esta não se correlaciona significativamente com a depressão ( $r = .036$ ;  $ns$ ), ansiedade ( $r = .177$ ;  $ns$ ) ou stress ( $r = .10$ ;  $ns$ ) do doente com dor crónica.

**Tabela 10: Correlação entre a percepção do doente com dor crónica e do cônjuge da intensidade de dor do doente e a DAS do doente com dor crónica**

		DAS Doente Dor Crónica		
		Depressão	Ansiedade	Stress
<b>Percepção da intensidade de dor do doente</b>				
Doente com dor crónica	$r$ de Pearson	<b>.383**</b>	<b>.306**</b>	<b>.363**</b>
	$p$	.004	.023	.007
	$N$	55	55	55
Cônjuge	$r$ de Pearson	.036	.177	.10
	$p$	.793	.195	.940
	$N$	55	55	55

\*\* . Correlação é significativa para um  $p < .01$

\* . Correlação é significativa para um  $p < .05$

Quanto à correlação entre a percepção do doente com dor crónica e do cônjuge da intensidade de dor do doente e a DAS do cônjuge, verifica-se a existência de correlações positivas significativas entre a percepção da intensidade de dor do doente com dor crónica e a depressão, ansiedade e stress do cônjuge para um  $p < .05$ . Conforme se observa na Tabela 11, no que se refere ao cônjuge, também se obtiveram resultados com significância

estatística mas apenas na subescala do stress para um  $p < .05$ , concluindo-se que quanto mais elevada a percepção do cônjuge da intensidade de dor do doente, maior o stress do cônjuge. Nas subescalas depressão ( $r = .231$ ;  $ns$ ) e ansiedade ( $r = .177$ ;  $ns$ ), não se verificaram correlações significativas.

**Tabela 11: Correlações entre a percepção do doente com dor crónica e do cônjuge da intensidade de dor do doente do doente e a DAS do cônjuge**

		DAS Cônjuge		
		Depressão	Ansiedade	Stress
<b>Percepção da intensidade de dor do doente</b>				
Doente com dor crónica	$r$ de Pearson	<b>.337*</b>	<b>.287*</b>	<b>.339*</b>
	$p$	.012	.034	.011
	N	55	55	55
Cônjuge	$r$ de Pearson	.231	.177	<b>.275*</b>
	$p$	.090	.197	.042
	N	55	55	55

\*\* . Correlação é significativa para um  $p < .01$

\* . Correlação é significativa para um  $p < .05$

Relativamente à correlação existente entre a DAS do doente e o desacordo do casal na percepção da intensidade de dor do doente com dor crónica, como podemos observar na tabela 12, não se obtiveram resultados com significância estatística: depressão ( $r = .086$ ;  $ns$ ), ansiedade ( $r = .116$ ;  $ns$ ) e stress ( $r = .64$ ;  $ns$ ).

**Tabela 12: Correlações entre a DAS do doente e o desacordo do casal na percepção da intensidade de dor do doente com dor crónica**

		DAS Doente Dor Crónica		
		Depressão	Ansiedade	Stress
<b>Desacordo do casal na percepção da intensidade de dor do doente com dor crónica</b>				
	$r$ de Pearson	.086	.116	.64
	$p$	.533	.400	.643
	N	55	55	55

Através da análise da Tabela 13 verificamos que não existem correlações significativas entre a DAS do cônjuge e o desacordo do casal na percepção da intensidade de dor do doente com dor crónica.

**Tabela 13: Correlações entre a DAS do cônjuge e o desacordo do casal na percepção da intensidade de dor do doente com dor crônica**

		DAS Cônjuge		
		Depressão	Ansiedade	Stress
<b>Desacordo do casal na percepção da intensidade de dor do doente com dor crônica</b>				
	<i>r</i> de Pearson	-.055	-.059	-.197
	<i>p</i>	.690	.670	.149
	N	55	55	55

#### 5.4. Análise de Regressão Linear Múltipla

Com o objetivo de uma exploração mais sofisticada da inter-relação entre as variáveis (independentes) que se correlacionam significativamente no ponto anterior (depressão, ansiedade e stress do doente com dor crônica e do cônjuge), através dos pressupostos do modelo estatístico de regressão múltipla (Pallant, 2001), procedeu-se à pesquisa de variáveis que pudessem funcionar como preditoras da percepção da intensidade de dor do doente com dor crônica (variável independente). Primeiramente, confirmamos se as nossas variáveis independentes manifestavam alguma relação com a variável dependente (valores de correlação acima de .3), condição necessária para a inclusão no modelo. Uma vez que a ansiedade do cônjuge obteve valores inferiores ( $r = -.287$ ), foi de imediato excluída do nosso modelo. Depois verificamos se a correlação entre cada uma das nossas variáveis independentes não seria demasiado alta (valores de correlação acima de .7), caso os valores fossem superiores seriam excluídas, o que aconteceu com a variável ansiedade do doente ( $r = .735$ ) e depressão do cônjuge ( $r = .753$ ), não sendo estas incluídas no nosso modelo.

Realizou-se então a análise da regressão da variável dependente percepção da intensidade de dor do doente com as variáveis que reuniram as condições necessárias para a inclusão no modelo, segundo os pressupostos do modelo estatístico de regressão múltipla: depressão e stress do doente e stress do cônjuge. Podemos observar na Tabela 14 que o nosso modelo explica 23.9% da variância na percepção da intensidade de dor do doente com dor crônica. Contudo, apesar de todas as variáveis em estudo obterem uma relação positiva, apenas o stress do cônjuge apresenta significância estatística, o que significa que é o stress do cônjuge que mais prediz a percepção da intensidade de dor do doente com dor crônica.

**Tabela 14: Análise da regressão entre a percepção da intensidade de dor do doente com dor crónica e depressão e stress do doente e stress do cônjuge**

Model		R <sup>2</sup>	Coeficientes Estandarizados	
			B	P
<b>1</b>	(Constant)			
	Depressão doente		.116	.500
	Stress doente	.239	.272	.096
	Stress cônjuge		.283	<b>.038*</b>

a. Variável dependente: Percepção intensidade de dor do doente com dor crónica

\*. Correlação é significativa para um  $p < .05$

### 5.5. Análise da variância

Para explorar o impacto dos três grupos da frequência do acordo do casal na intensidade de dor do doente (acordo - A, desacordo sobrestima - D $\uparrow$  e desacordo subestima - D $\downarrow$ ) na DAS do doente com dor crónica e na DAS do cônjuge, recorreremos à análise de variância ANOVA utilizando o teste *Post-Hoc Tukey*.

Na Tabela 15 podemos verificar que existe uma diferença estatisticamente significativa nos níveis de stress do cônjuge nos três grupos para um  $p < .05$ . Analisando estas diferenças podemos verificar que apenas o acordo e o desacordo sobrestimação são estatisticamente diferentes em termos de níveis de stress do cônjuge, sendo o acordo maior do que o desacordo sobrestimação. Desta forma, podemos concluir que o stress do cônjuge é maior onde há acordo do casal na intensidade de dor do doente do que quando o cônjuge sobrestima a intensidade de dor do doente.

**Tabela 15: Impacto da frequência do acordo do casal na intensidade de dor do doente na DAS do doente com dor crónica e do cônjuge**

		n	Média	Devio-padrão	ANOVA		Teste post-hoc de Tukey
					<i>f</i>	<i>p</i>	
Doente dor crónica							
Depressão	Acordo	15	8.60	7.07	1.21	.306	
	Desacordo ↑	25	11.08	6.28			
	Desacordo ↓	15	8.27	5.48			
Ansiedade	Acordo	15	6.53	5.13	1.17	.320	
	Desacordo ↑	25	8.76	4.73			
	Desacordo ↓	15	9.00	5.44			
Stress	Acordo	15	9.67	6.32	1.82	.172	
	Desacordo ↑	25	12.72	5.10			
	Desacordo ↓	15	10.27	4.85			

<b>Cônjuge</b>							
<b>Depressão</b>	Acordo	15	6.80	5.71			
	Desacordo ↑	25	6.36	4.90			
	Desacordo ↓	15	4.67	4.48	0.783	.463	
<b>Ansiedade</b>	Acordo	15	5.13	4.34			
	Desacordo ↑	25	3.16	4.30			
	Desacordo ↓	15	3.00	3.21	1.39	.259	
<b>Stress</b>	Acordo	15	9.67	5.00			A > D ↑
	Desacordo ↑	25	6.48	5.03	3.47	<b>.038*</b>	A = D ↓
	Desacordo ↓	15	5.40	3.58			D ↑ = D ↓

\*. Correlação é significativa para um  $p < .05$

## 6. Discussão dos resultados

Após a apresentação dos resultados obtidos, pretende-se neste ponto contextualizar e integrar teoricamente os resultados obtidos, através de uma análise reflexiva tendo em conta os objetivos inicialmente propostos para o estudo.

Para a discussão dos resultados obtidos no nosso estudo é importante contextualizar a nossa amostra. O presente estudo teve como amostra 55 doentes com dor crónica não oncológica e os seus cônjuges, com uma média de idades de 57.11 para os doentes e 58.04 para os cônjuges. A nossa população de doentes com dor crónica é predominantemente feminina (80%), correspondendo à mesma percentagem masculina de cônjuges e a duração relação do casal varia entre os 3 e os 66 anos, com uma média de 33.16 anos. Os casais apresentam ainda índices de escolaridade muito baixos, sendo que 41.8% dos casais apenas completou o 1º ciclo. Relativamente à situação laboral, apenas 10.9% dos doentes com dor crónica mantêm-se profissionalmente ativos e, na sua maioria os casais encontram-se numa situação de reforma (47.3%). Quanto à duração de dor, 49.1% dos doentes com dor crónica revelam a presença de dor crónica entre 5 a 20 anos.

Relativamente à perceção da intensidade de dor experienciada na última semana, os doentes com dor crónica apresentam valores médios de 4.31, sendo estes mais elevados (de acordo com uma análise meramente descritiva) do que os dos cônjuges cuja média se situou em 4.09 (tendo como referência a escala do MPI). Relativamente ao acordo do casal na perceção da intensidade de dor do doente com dor crónica, os casais apresentam 27.3% de acordo e 72.7% de desacordo, sendo que 27.3% deste desacordo refere-se a uma sobrestimação do cônjuge da intensidade de dor do doente com dor crónica.



Quanto à depressão, ansiedade e stress, os resultados obtidos na DASS-21 revelam que os doentes com dor crónica apresentam como valores mais elevados o stress, seguido da depressão e ansiedade. Por sua vez, os cônjuges apresentaram como valores mais elevados o stress seguido da depressão e como mais baixo a ansiedade.

Estudando as diferenças existentes entre a perceção do doente com dor crónica e perceção do cônjuge da intensidade de dor do doente, permite-nos responder à questão da investigação acerca da possibilidade de existirem diferenças significativas entre o doente com dor crónica e o cônjuge.

Verificou-se que, no que concerne à perceção do doente com dor crónica e perceção do cônjuge da intensidade de dor do doente, os doentes com dor crónica apresentaram uma média mais elevada do que os cônjuges, no entanto, estas diferenças não são estatisticamente significativas, revelando acordo entre o grupo de doentes com dor crónica e o grupo dos cônjuges na perceção da intensidade de dor do doente, contrariando a H<sub>1</sub>.

Apesar disso, estes resultados vão de encontro com os resultados publicados por Cano e colaboradores, 2005, num estudo realizado cujo objetivo era examinar a congruência dos casais nos níveis de intensidade de dor do doente com dor crónica. Estas autoras concluíram que não existem diferenças significativas entre o grupo de doentes com dor crónica e o grupo dos cônjuges, na avaliação da intensidade de dor do doente. Um ano após esta publicação, os resultados obtidos por Leonard e Cano (2006), enquadraram-se nos anteriormente relatados pois, num estudo que analisou a relação entre a experiência pessoal com dor do doente com dor crónica e do cônjuge e o distress do cônjuge, a conclusão foi a inexistência de diferenças significativas entre os doentes com dor crónica e os cônjuges, na avaliação da intensidade de dor do doente.

Apesar da existência de acordo entre o grupo de doentes com dor crónica e o grupo dos cônjuges na perceção da intensidade de dor do doente, quando analisadas as médias dos casais da perceção da intensidade de dor do doente com dor crónica observamos diferenças significativas. Estes resultados refletem a importância do estudo das díades como unidade de análise quando pretendemos compreender a influência da dor crónica na díade conjugal, e não apenas uma mera observação do grupo de doentes com dor crónica e do grupo de cônjuges.

Relativamente à questão da investigação que se refere à existência de diferenças entre a DAS do doente com dor crónica e a DAS do cônjuge, constatou-se que as diferenças atingem significância estatística em todas as subescalas, sendo que são os doentes com dor crónica que evidenciam valores mais elevados de depressão, ansiedade e

stress quando comparados com os cônjuges, permitindo aceitar a H<sub>2</sub> do nosso estudo. Os nossos resultados estão em conformidade com os resultados obtidos no estudo de Geisser e colaboradores (2005), que investigaram os fatores associados à satisfação conjugal e humor dos cônjuges de doentes com dor crónica. A conclusão deste estudo indica que os doentes com dor crónica apresentam diferenças significativas de distress emocional quando comparado com os cônjuges. De facto, a dor crónica enquanto fenómeno biopsicossocial tem um impacto nos aspetos do funcionamento físico e psicossocial dos doentes. Relativamente ao impacto físico, este pode associar-se à incapacidade física e ainda a outros fatores tais como o aumento do número de consultas e os efeitos adversos da medicação, que contribuem para um aumento da preocupação com a saúde em geral. Os doentes frequentemente veem-se obrigados a reduzir ou abandonar atividades que faziam parte da sua vida, nomeadamente o trabalho, aumentando desta forma as preocupações relacionadas com a sua situação financeira e subsistência da família, refletindo-se assim na dinâmica familiar, designadamente na alteração do papel na família com possíveis implicações na relação familiar e conjugal. O evitamento de contactos sociais decorrentes da incapacidade física pode conduzir a uma perda do papel social e contribuir para a solidão e para o isolamento do doente com possíveis impactos na autoestima do doente. A perda da capacidade para lidar com a situação pode contribuir para um aumento da sensação de desespero, de sentimentos de desprestígio pessoal, frustração e para uma diminuição da sua qualidade de vida e, consequentemente resultar num aumento do seu distress emocional. Por outro lado, apesar de o cônjuge poder igualmente sofrer várias alterações na sua vida quotidiana devido à dor do doente, estará protegido no que se refere à dimensão biológica, o que poderá associar-se ao facto dos níveis de DAS do cônjuge serem inferiores.

De seguida iremos responder à questão da investigação referente à análise de relações entre a perceção dos doentes com dor crónica e dos cônjuges da intensidade de dor do doente e a DAS do doente com dor crónica e a DAS do cônjuge.

Relativamente à análise da relação entre a perceção da intensidade de dor dos doentes com dor crónica e os níveis de DAS dos doentes com dor crónica, verifica-se que a perceção da intensidade de dor do doente se correlaciona em sentido positivo com todas as subescalas: depressão, ansiedade e stress do doente com dor crónica. Estes dados permitem aceitar a H<sub>3</sub> do nosso estudo, ou seja, quanto maior for a perceção da intensidade de dor do doente com dor crónica, mais elevada será a depressão, a ansiedade e o stress do doente com dor crónica. Estes resultados são consonantes com estudos anteriores que verificaram

que a intensidade de dor do doente com dor crónica se correlacionava positivamente com os seus sintomas depressivos (Cano et al., 2000; Dysvik et al., 2005; Johansen & Cano, 2007; Leonard & Cano, 2006). Quanto à ansiedade, os trabalhos de investigação de Strahl e colaboradores (2000) com doentes com artrite reumatoide concluíram que a intensidade de dor se correlaciona significativamente com a ansiedade. Cano, Gillis e colaboradores (2005), ao estudarem o funcionamento conjugal, a dor crónica e o distress emocional concluíram que a perceção da intensidade de dor do doente com dor crónica correlaciona-se significativamente com a depressão e com a ansiedade do doente. Este estudo foi corroborado pelo trabalho de Tan e colaboradores (2008), ao estudarem a relação que existe entre as emoções negativas, a dor e o funcionamento dos doentes com dor crónica não oncológica. O stress, enquanto estado afetivo e emocional, para além de conduzir a episódios de ansiedade e depressão contém um conjunto de sintomas que tem uma implicação importante nos estados emocionais negativos (P. F. Lovibond & Lovibond, 1995). A dor enquanto acontecimento de vida stressante pode levar a respostas características de stress que envolve excitação e incapacidade. As emoções negativas durante períodos de dor severa e stress elevado podem aumentar a vulnerabilidade para mais emoções negativas durante esse período (Zautra et al., 2005) e, tem um papel importante na perceção de dor (Keogh & Cochrane, 2002).

Quanto à perceção do cônjuge da intensidade de dor do doente, não se encontrou qualquer correlação significativa com a depressão, ansiedade ou stress do doente com dor crónica, rejeitando assim a H<sub>4</sub>.

A perceção do cônjuge da intensidade de dor do doente é inferida através da interação entre o comportamento expressivo do doente com dor crónica e os múltiplos sistemas afetivos e cognitivos que regulam as reações do cônjuge (Craig et al., 2010). O doente com dor crónica apresenta duas modalidades de expressão de dor que podem ser percebidas pelos observadores e implicam a capacidade implícita para reagir à dor com ressonância emocional e compreender o significado do comportamento do outro. As expressões automáticas de dor referem-se às expressões faciais e às características da paralinguística e são as pistas mais carregadas na perceção automática e as reações automáticas em forma de expressões não verbais são uma forma complementar de expressão. As expressões controladas de dor compreendem duas categorias, o comportamento verbal e as ações de proteção contínuas. As respostas verbais são altamente controladas e servem para comunicar a dor, de forma a chamar a atenção e obter respostas dos outros. As ações de proteção contínuas, tal como descansar ou isolar-se dos

outros são altamente controladas e podem pôr em causa a veracidade da intensidade da dor. Assim, a observação da expressão de dor do doente é de extrema importância para conhecer a experiência de dor do outro (Williams, 2002).

Contudo, conforme referido anteriormente, a percepção da intensidade de dor do doente com dor crónica é afetada pela sua depressão e esta pode afetar a relação interpessoal e diminuir a capacidade do doente com dor crónica para comunicar a sua dor (Joyner & Coyne, 1999, cit. in Cano et al., 2004). Uma vez que é através das pistas de dor fornecidas pelo doente com dor crónica ao cônjuge que o informa acerca da experiência dor do doente (Leonard & Cano, 2006), consecutivamente isto vai diminuir a capacidade de observação dos cônjuges dos comportamentos de dor do doente (Joyner & Coyne, 1999, cit. in Cano et al., 2004). Assim, uma vez que os doentes podem não ser capazes de comunicar a sua experiência de dor, os cônjuges não vão perceber a intensidade de dor do doente ou os sintomas de depressão, ansiedade e stress a ela associada e, não sendo possível identificar a existência destes sintomas no doente, isso não vai interferir com a percepção do cônjuge da intensidade de dor do doente. Por outro lado, os cônjuges podem distanciar-se de observar o impacto que a dor tem no doente com dor crónica, nomeadamente quanto à depressão, ansiedade e stress do doente e, ao afastarem-se dos sintomas do doente, estes não vão afetar a percepção que o cônjuge tem da intensidade de dor do doente.

Relativamente à análise da relação entre a percepção da intensidade de dor dos doentes com dor crónica e os níveis de DAS dos cônjuges verifica-se que a percepção da intensidade de dor do doente se correlaciona em sentido positivo com todas as subescalas: depressão, ansiedade e stress do cônjuge, permitindo aceitar a H<sub>5</sub> do nosso estudo. Estes resultados encontram-se em consonância com os estudos de Leonard e Cano (2006) relativamente à relação existente entre a percepção de intensidade de dor do doente e a depressão do cônjuge e com a investigação de Cano, Gillis e colaboradores (2004) referente à relação entre a percepção de intensidade de dor do doente e a ansiedade do cônjuge.

Os resultados obtidos no nosso estudo poderão estar relacionados com as fontes de influência interpessoal da experiência de dor sendo que, o distress emocional dos cônjuges poderá alterar a forma como este se relaciona com o doente, nomeadamente no tipo de comportamento que o cônjuge adota com o doente (respostas solícitas, punitivas ou distrativas). Estas respostas sociais à dor estão relacionadas com a aceitação da dor crónica e com a percepção da sua intensidade. Os doentes poderão fazer interpretações negativas

dos acontecimentos e da depressão, ansiedade e stress do cônjuge, e culpabilizarem-se pelo facto da sua situação de dor crónica, e das consequências que dela advém, afetarem o funcionamento familiar, nomeadamente o cônjuge, contribuindo para que o doente sinta que é um fardo e aumentando a sua sensação de desespero que vai refletir-se na avaliação da sua dor e na sua capacidade física e psicossocial.

No que se refere à relação entre a perceção do cônjuge da intensidade de dor do doente e os níveis de DAS dos cônjuges apenas se obtiveram resultados com significância estatística na subescala do stress, concluindo-se que quanto mais elevada a perceção do cônjuge da intensidade de dor do doente, maior o stress do cônjuge, não confirmando na totalidade a H<sub>6</sub>. É importante salientar o conceito de stress associado à DASS-21 que, constituindo-se como um estado afetivo e emocional, envolve um conjunto de sintomas, nomeadamente a excitação e a tensão persistentes e o baixo nível de resistência à frustração que, apesar de serem experienciados tanto na depressão como na ansiedade individualmente (P. F. Lovibond & Lovibon, 1995), podem surgir como resposta a acontecimentos de vida stressantes (Clark & Watson, 1991), como é o caso da dor. No doente com dor crónica os stressores predominantes relacionam-se com a vida familiar e as atividades sociais (Haythornthwaite et al., 1998), afetando também o cônjuge, visto que estes estão expostos a estas contingências que afetam a sua disposição durante a relação conjugal (Johansen & Cano, 2007), contribuindo para um maior stress.

Os resultados obtidos através da análise de regressão foram evidentes ao demonstrarem que o stress do cônjuge é a variável preditora da perceção da intensidade de dor do doente com dor crónica.

Iremos debruçar-nos agora na questão da investigação referente à análise das relações entre a DAS do doente com dor crónica e do cônjuge no desacordo do casal na avaliação da perceção de intensidade de dor do doente.

Relativamente à correlação existente entre a DAS do doente e a DAS do cônjuge no desacordo do casal na perceção da intensidade de dor do doente com dor crónica não se obteve resultados com significância estatística, rejeitando a H<sub>7</sub>. Apesar da correlação observada entre a depressão, ansiedade e stress do doente com dor crónica e do cônjuge e a perceção do cônjuge e do doente com dor crónica da intensidade de dor do doente, na análise correlacional ao nível da díade, a depressão, ansiedade e stress dos doentes com dor crónica e dos cônjuges não contribuiu para justificar o desacordo entre o casal. Estes resultados são congruentes com o estudo de Pence e colaboradores (2007), que estudaram o nível de acordo na díade conjugal e o papel da catastrofização, satisfação conjugal e

depressão, na percepção das respostas à dor dos cônjuges, em doentes com dor músculo-esquelética, não tendo estas variáveis contribuído para o (des)acordo da díade.

Os resultados obtidos remetem-nos para a influência da metodologia usada na determinação do acordo entre os doentes e os cônjuges tem uma grande influência nas conclusões auferidas. Quando foram calculadas as médias do grupo de doentes com dor crónica e do grupo dos cônjuges, a percepção dos doentes com dor crónica da intensidade de dor é bastante consistente com a percepção dos cônjuges da intensidade de dor do doente, não revelando diferenças significativas. No entanto, a média de acordo dos casais revelou diferenças significativas na percepção da intensidade de dor do doente, verificando-se desacordo significativo. Estes resultados vão de encontro às investigações de Cano e colaboradores (2005), que constataram que a comparação da média dos grupos (doente com dor crónica e cônjuge) apresentava acordo na percepção da intensidade de dor do doente, no entanto, ao analisarem a média dos casais, tal não se verificou, observando-se desacordo nos casais. Esta questão enfatiza a importância e influência do método usado para calcular a média do acordo dos casais, que pode mascarar diferenças nos pares individuais, refletindo-se posteriormente nas conclusões dos estudos (Pence et al., 2007). Uma outra questão prende-se com a definição do conceito de congruência e a necessidade de um consenso na sua enunciação, uma vez os vários usos da palavra congruência podem conduzir a imprecisões na literatura. Alguns investigadores definem casais congruentes e não congruentes, determinando a congruência na percepção de intensidade de dor quando ambos selecionam a mesma resposta na escala de Likert (Cremeans-Smith et al., 2003). Um outro estudo que analisa o acordo ao nível das díades individuais também se refere ao acordo entre os casais emparelhados como congruência (Cano et al., 2005). Contudo, outros definem congruência como a ausência de diferenças significativas entre o grupo de doentes com dor crónica e o grupo dos cônjuges (Cano et al., 2004). A literatura que investiga o acordo entre a forma como duas medidas se relacionam umas com as outras sugerem a necessidade da existência de um teste para calcular as diferenças nas médias, bem como de um teste que avalie até que ponto duas classificações covariam (Snow, Cook, Lin & Morgan, 2005, cit. in Pence et al., 2007).

Remetendo para a influência da metodologia usada na determinação do acordo entre os doentes e os cônjuges nas conclusões auferidas na questão anterior, uma abordagem diferente dos dados permitiu-nos obter uma melhor compreensão da relação entre a DAS do doente com dor crónica e do cônjuge no desacordo do casal na percepção de intensidade de dor do doente. A resposta à última questão referente ao impacto da

frequência do acordo do casal na avaliação da percepção de intensidade de dor do doente (acordo, desacordo sobrestimação e desacordo subestimação) na DAS do doente com dor crónica e na DAS do cônjuge, possibilita uma compreensão mais profunda da relação atrás descrita.

Ao analisarmos a frequência do acordo no casal podemos verificar que, apesar de na sua maioria os casais se encontrarem em desacordo quanto à percepção da intensidade de dor do doente com dor crónica (72.8%), parte desse desacordo (27.3%) corresponde a uma sobrestimação na percepção do cônjuge da intensidade de dor do doente. Subestimar a dor do doente com dor crónica pode levar a que este se sinta incompreendido e receba cuidados inadequados, com consequências negativas para o seu estado de saúde (Cano, 2004); por outro lado, a sobrevalorização da dor tem impacto na percepção da intensidade de dor do doente com dor crónica, uma vez que o doente pode reavaliar a dor como sendo mais forte do que é, uma vez que o cônjuge acredita aquela é mais forte (Goubert et al. (2005).

No nosso estudo concluímos que a frequência do acordo no casal tem impacto no stress do cônjuge sendo este maior quando há acordo do casal na percepção de intensidade de dor do doente do que quando o cônjuge sobrestima a intensidade de dor do doente, aceitando parcialmente a  $H_8$ . Assim, quando o casal se encontra em acordo em relação à percepção da intensidade de dor do doente, tal significa que as representações cognitivas e emocionais acerca da dor são consonantes e ambos atribuem-lhe o mesmo significado. Desta forma, o casal pode partilhar as preocupações acerca do impacto das consequências da dor crónica na condição física, psíquica e social do doente e do casal e isso contribuir para aumentar os níveis de stress do cônjuge que, na DASS-21, se traduz em dificuldade em relaxar, excitação nervosa, agitação, irritabilidade e impaciência, possivelmente associados a um sentimento de impotência do cônjuge face à situação clínica do doente.

---

## Conclusão

O presente trabalho procurou analisar o (des)acordo do casal na percepção da intensidade de dor do doente com dor crónica não oncológica, bem como investigar possíveis relações entre a depressão, ansiedade e stress do doente com dor crónica e do cônjuge, quer na percepção do doente com dor crónica e percepção do cônjuge da intensidade de dor do doente, quer no referido desacordo.

Os resultados da investigação advertem para a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre doentes com dor crónica e cônjuges quanto à percepção da intensidade de dor do doente, o que pressupõe a existência de acordo entre o grupo de doentes com dor crónica e o grupo dos cônjuges na percepção da intensidade de dor do doente. Contudo, quando analisadas as médias dos casais da percepção da intensidade de dor do doente com dor crónica observamos diferenças significativas. Estes resultados refletem a importância do estudo das díades como unidade de análise quando pretendemos compreender a influência da dor crónica na díade conjugal, e não apenas uma mera observação independente do grupo de doentes com dor crónica e do grupo de cônjuges. Relativamente à depressão, ansiedade e stress as diferenças atingem significância estatística sendo que são os doentes com dor crónica que evidenciam valores mais elevados. Quanto às relações encontradas verificou-se que a percepção da intensidade de dor do doente com dor crónica se correlaciona positivamente com a depressão, ansiedade e stress do doente e do cônjuge, sendo o stress do cônjuge a variável que melhor prediz a percepção da intensidade de dor do doente com dor crónica; a percepção do cônjuge da intensidade de dor do doente correlaciona-se com o seu stress e este é maior quando há acordo do casal na percepção da intensidade de dor do doente. A inexistência de relações entre os níveis de DAS dos doentes com dor crónica e dos cônjuges com o desacordo do casal na avaliação da percepção de intensidade de dor do doente, remete-nos para a influência do método usado para calcular a média do acordo dos casais, refletindo-se posteriormente nas conclusões dos estudos. Assim, ao adotarmos uma abordagem diferente dos dados, tal possibilitou uma melhor compreensão da relação entre a DAS do doente com dor crónica e do cônjuge no desacordo do casal na percepção de intensidade de dor do doente. Desta forma, concluímos que a frequência do acordo no casal tem impacto no stress do cônjuge sendo este maior quando há acordo do casal na intensidade de dor do doente do que quando o cônjuge sobrestima a intensidade de dor do doente.



---

Assim, na investigação do acordo, entre a forma como duas medidas se relacionam umas com as outras, consideramos essencial a existência de um teste para calcular as diferenças nas médias, bem como de um teste que avalie até que ponto duas classificações covariam. Salientamos ainda que é imprescindível a necessidade de um consenso na definição do conceito de congruência na comunidade científica.

O nosso estudo contemplou casais em que um dos elementos apresentava dor crónica não oncológica, no entanto, não distinguimos a dor quanto à sua etiologia ou localização, elementos que podem ter impacto na perceção do doente com dor crónica e do cônjuge da intensidade de dor do doente, dada a subjetividade da avaliação da dor. Incluir outras variáveis que possam contribuir para uma melhor compreensão da avaliação da perceção do doente com dor crónica e do cônjuge da intensidade de dor do doente, tais como variáveis sociodemográficas, a perceção da incapacidade percebida, as respostas do cônjuge à dor do doente, a qualidade da relação conjugal e a satisfação conjugal, podem fornecer elementos importantes para o conhecimento da experiência de dor do casal, constituindo pistas para a investigação futura.

Apesar das limitações do nosso estudo, as nossas conclusões alertam para a necessidade de incluirmos não apenas a perceção dos doentes da intensidade de dor mas também a perceção do cônjuge. A existência de relações entre a perceção dos doentes com dor crónica e dos cônjuges da intensidade de dor do doente e a depressão, ansiedade e stress dos doentes com dor crónica e dos cônjuges pode ter relevância clínica, sendo que a nossa investigação contribui para realçar a importância da inclusão do cônjuge na avaliação na experiência de dor e alertar para a necessidade do envolvimento do casal nos programas de tratamento e gestão de dor crónica constituindo-se como fundamental para o desenvolvimento e melhoramento da abordagem da dor crónica.

A presente investigação constitui-se como um passo preliminar para futuras investigações que envolvam o casal na experiência de dor, dada a escassez de estudos a nível nacional relativos a esta temática. Parece-nos importante que seja feito um maior investimento nesta área, de modo a obter conhecimentos para futuras intervenções que visem melhorar a qualidade de vida dos doentes com dor crónica e dos cônjuges e, consequentemente dos casais, nomeadamente um estudo ao nível nacional. Assim, propomos para futuras investigações o estudo de outras variáveis e a implementação de um estudo de carácter longitudinal que permita estudar a sua evolução ao longo do tempo e experimental, desenvolvendo um projeto de intervenção com os casais, analisando quer o impacto para as variáveis em estudo quer para qualidade de vida dos casais.

## Referências bibliográficas

- Almeida, L. & Freire, T. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (4ªed.). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Araújo-Soares, V. & McIntyre, T. (2000). É possível viver apesar da dor!...Avaliação da eficácia de um programa de intervenção psicológica multimodal em pacientes com dor crónica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 101-112. Retrieved from: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v1n1/v1n1a11.pdf>
- Arnou, B. A., Blasey, C. M., Lee, J., Fireman, B., Hunkeler, E. M., Dea, R., Robinson, R. & Hayward, C. (2009, March). Relationship among depression, chronic pain, chronic disabling pain, and medical costs. *Psychiatric Services*, 60(3), 344-350. Retrieved from <http://ps.psychiatryonline.org/cgi/reprint/60/3/344.pdf>
- Banks, S. M. & Kerns, R. D. (1996, January). Explaining High Rates of Depression in Chronic Pain: A Diathesis–Stress Framework. *Psychological Bulletin*, 119(1), 95-110
- Bonica & Loeser (2001). History of pain concepts and therapies. In Loeser, J., D., Butler, S. H., Chapman, C. R. & Turk, D. C. (Eds.), *Bonica's Management of Chronic Pain* (pp. 3 -16). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Breivik, H., Collet, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287-333. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009
- Broadbent, E., Petrie, K., Main, J. & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631–637. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.10.020
- Cameron, L. & Moss-Morris, R. (2010). Illness-Related Cognition and Behaviour. In French, D., Vedhara, K., Kaptein, A. & Weinman, J. (Eds.), *Health Psychology*. (pp. 149-161). West Sussex: British Psychological Society and Blackwell Publishing.
- Cano, A. (2004). Pain catastrophizing and social support in married individuals with chronic pain: the moderating role of pain duration. *Pain*, 110, 656-664. doi: 10.1016/j.pain.2004.05.004
- Cano, A., Gillis, M., Heinz, W., Geisser, M. & Foran, H. (2004). Marital functioning, chronic pain, and psychological distress. *Pain*, 107, 99-106. Retrieved from <http://www.clas.wayne.edu/multimedia/usercontent/File/Cano/canogillisetal.pdf>

- Cano, A., Johansen, A. B. & Franz, A. (2005). Multilevel analysis of couple congruence on pain, interference, and disability. *Pain*, 118, 369-379. doi: 10.1016/j.pain.2005.09.003
- Cano, A., Johansen, A. B., Geisser, M. (2004). Spousal congruence on disability, pain, and spouse responses to pain. *Pain*, 109, 258-265. doi: 10.1016/j.pain.2004.01.036
- Cano, A., Johansen, A. B., Leonard, M. T. & Hanawalt, J. D. (2005, April). What are the marital problems of patients with chronic pain? *Current Pain and Headache Reports*, 9(2), 96-100. Retrieved from <http://www.clas.wayne.edu/multimedia/usercontent/File/Cano/canojohansenleonardhanawalt.pdf>
- Cano, A., Leonard, M. T. & Franz, A. (2005). The significant other version of the pain catastrophizing scale (PCS-S): Preliminary validation. *Pain*, 119, 26-37. doi: 10.1016/j.pain.2005.09.009
- Cano, A., Miller, L. R. & Loree, M. (2009, May). Spouse beliefs about partner chronic pain. *The Journal of Pain*, 10(5), 486-492. doi: 10.1016/j.jpain.2008.11.005
- Cano, A., Weisberg, J. & Gallagher, R. M. (2000). Marital satisfaction and pain severity mediate association between negative spouse responses to pain and depressive symptoms in a chronic pain patient sample. *Pain Medicine*, 1(1), 35-43.
- Cano, A. & Williams, A. C. de C. (2010). Social interaction in pain: Reinforcing pain behaviors or building intimacy? *Pain*, 149, 9-11. doi: 10.1016/j.pain.2009.10.010
- Carter, L. E., McNeil, D. W., Vowles, K. E., Sorrel, J. T., Turk, C. L., Ries, B. J. & Hopko, D. R. (2002, Spring). Effects of emotion on pain reports, tolerance and physiology. *Pain Research Management*, 7(1), 21-30. Retrieved from <http://www.pulsus.com/journals/abstract.jsp?jnlKy=7&atlKy=3987&isuKy=542&isArt=t&HCtype=Consumer>
- Castro, M., Kraychete, D., Daltro, C., Lopes, J., Menezes, R. & Oliveira, I. (2009, December). Comorbid anxiety and depression disorders in patients with chronic pain. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 67(4), 982-985. doi:10.1590/S0004-282X2009000600004
- Castro-Lopes, J., Saramago, P., Romão, J. & Paiva, M. (2010). *Pain Proposal: A dor crónica em Portugal*. Retrieved from: [http://www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer%20P%C3%BAblico/Not%C3%ADcias/Portugal\\_Country%20Snapshot.pdf](http://www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer%20P%C3%BAblico/Not%C3%ADcias/Portugal_Country%20Snapshot.pdf)

- Chóliz, M. (1994). El dolor como experiencia multidimensional: La cualidad motivacional-afetiva. *Ansiedad y Estrés*, 0, 77-88. Retrieved from <http://www.uv.es/choliz/DolorEmocion.pdf>
- Clark, M. R. & Treisman, G. J. (2004). Perspectives in pain and depression. In Clark, M. R. & Treisman, G. J. (Eds.). *Pain and depression: An interdisciplinary patient-centered approach* (pp. 1-27). Retrieved from <http://www.fk.unair.ac.id/pdf/ebook/Pain%20and%20Depression%20%20An%20Interdisciplinary%20Patient-centered%20Approach.pdf>
- Clark, L. A. & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336. Retrieved from <http://dionysus.psych.wisc.edu/lit/articles/ClarkL1991a.pdf>
- Coniam, S. & Diamond, A. (2001). *Controlo da dor*. (2ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Craig, K. D. (2009). The social communication model of pain. *Canadian Psychology*, 50(1), 22-32. doi: 10.1037/a0014772
- Craig, K. D., Versloot, J., Goubert, L., Vervoot, T. & Crombez, G. (2010, February). Perceiving pain in others: automatic and controlled mechanisms. *The Journal of Pain*, 11(2), 101-108. doi: 10.16/j.pain.2009.08.008
- Creameans-Smith, J.K., Stephens, M.A., Franks, M.M., Martire, L.M., Druley, J.A. & Wojno, W.C. (2003, November). Spouses' and physicians' perceptions of pain severity in older women with osteoarthritis: dyadic agreement and patients' well-being. *Pain*, 106(1-2), 27-34
- Deyo, K. S., Prkachin, K. M. & Mercer, S. R. (2004). Development of sensitivity to facial expression of pain. *Pain*, 107, 16-21. Retrieved from [http://www.somasimple.com/pdf\\_files/facial\\_expression\\_pain.pdf](http://www.somasimple.com/pdf_files/facial_expression_pain.pdf)
- Diamond, A. & Coniam, S. (1999). *Controlo da Dor Crónica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Dickens, C. & Creed, F. (2001). The burden of depression in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 40(12): 1327-1330. doi: 10.1093/rheumatology/40.12.1327
- Direção-Geral de Saúde (2003). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Circular Normativa, n.º 09/DGCG, de 14/06/2003. Retrieved from <http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2010). Elementos Estatísticos: Informação Geral de Saúde 2008. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Retrieved from <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013685.pdf>

- Dysvik, E., Natvig, G. K., Eikeland, O.-L. & Lindstrøm, T. C. (2005). Coping with chronic pain. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 297-305. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.06.009
- Fernandez-Torres, B., Maárquez-Espinóz, C., Mulas, M. (1999). Dolor y enfermedad: evolución histórica II. Del siglo XIX a la actualidad. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 6, 368-379. Retrieved from [http://revista.sedolor.es/pdf/1999\\_05\\_07.pdf](http://revista.sedolor.es/pdf/1999_05_07.pdf)
- Flor, H., Breitenstein, C., Birbaumer, N. & Furst, M. (1995). A psychophysiological analysis of spouse solicitousness towards pain behaviors, spouse interaction, and pain perception. *Behavior Therapy*, 26, 255-272. doi:10.1016/S0005-7894(05)80105-4
- Frohman, K. & Beehler, G. (2010, August). Psychologists as change agents in chronic pain management practice: cultural competence in the health care system. *Psychological Services*, 7(3), 115–125. doi: 10.1037/a0019642
- Fortin, M. & Ducharme, F. (1995). Os estudos do tipo correlacional. (3ª ed.). In Fortin, M. F. – *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realidade*. (3ª ed.). Loures: Lusociência
- Gatchel, R. J. (2005). *Clinical essentials of pain management*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gatchel, R., J., Peng, Y. B., Peters, L. M., Fuchs, P. N. & Turk, C.D. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581-624. doi: 10.1037/0033-2909.133.4.581
- Geisser, M. E., Cano, A. & Leonard, M. T. (2005, August). Factors associated with marital satisfaction and mood among spouses of persons with chronic back pain. *The Journal of Pain*, 6(8), 518-525. doi: 10.1016/j.pain.2005.03.004
- Glombiewski, J. A., Hartwich-Tersek, J. & Rief, W. (2010, March/April). Depression in chronic back pain patients: Prediction of pain intensity and pain disability in cognitive-behavioral treatment. *Psychosomatics*, 51(2), 130-136. doi: 10.1176/appi.psy.51.2.130
- Gomes, A. (2008). *Abordagem Psicológica no Controlo da Dor*. Lisboa: Permanyer Portugal. Retrieved from: <http://www.aped-dor.org/index.php?lop=conteudo&op=6ea9ab1baa0efb9e19094440c317e21b>

- Goubert, L., Craig, K. D., Vervoort, T., Morley, S., Sullivan, M. J., L., Williams, A. C.,...Crombez, G. (2005). Facing others in pain: the effects of empathy. *Pain, 110*, 285-288. doi: 10.1016/j.pain.2005.10.025
- Granot, M. & Lavee, Y. (2005). Psychological factors associated with perception of experimental pain in vulvar vestibulitis syndrome. *Journal of Sex Marital Therapy, 31*, 285-302. doi: 10.1080/00926230590950208
- Haythornthwaite, J. A., Menefee, L. A., Heinberg, L. J. & Clark, M. R. (1998). Pain coping strategies predict perceived control over pain. *Pain, 77*, 33-39.
- Heijmans, M., de Ridder, D. & Bensing, J. (1994). Dissimilarity in patient's and spouses' representations of chronic illness: Exploration of relations to patient adaptation. *Psychology and Health, 14*(3), 451-466. Retrieved from <http://nvl002.nivel.nl/postprint/PPpp570.pdf>
- Hinchy, S. (2010). The challenge of chronic pain. *Primary Health Care, 20*(1), 26-29. Retrieved from: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1ed1ee9e-2929-4c43-ba0c-379d4dae30da%40sessionmgr10&vid=9&hid=25>
- Hirani, S., Pugsley, W. & Newman, S. (2006). Illness representations of coronary artery disease: An empirical examination of the Illness Perceptions Questionnaire (IPQ) in patients undergoing surgery, angioplasty and medication. *British Journal of Health Psychology, 11*, 199–220. doi: 10.1348/135910705x53443
- International Association for the Study of Pain, IASP (2011). *IASP Taxonomy: Pain Terms*. Retrieved from: <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm#Pain>
- Jackson, P. L., Rainville, P. & Decety, J. (2006). To what extent do we share the pain of others? Insight from the neural bases of pain empathy. *Pain, 125*, 5-9. doi: 10.1016/j.pain.2006.09.013
- Jensen, M.P., Romano, J.M., Turner, J.A, Good, A.B. & Wald, L.H. (1999, May). Patient beliefs predict patient functioning: further support for a cognitive-behavioural model of chronic pain. *Pain, 81*(1-2), 95-104.
- Jensen, M.P., Turner, J.A., Romano, J.M. & Lawler, B.K. (1994, June). Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain, 57*(3), 301-309.
- Johansen, A. B. & Cano, A. (2007). A preliminary investigation of affective interaction in chronic pain couples. *Pain, 132*, S86-S95. doi: 10.1016/j.pain.2007.04.016

- Joyce-Moniz, L. & Barros, L. (2005). *Psicologia da Doença para Cuidados de Saúde: Desenvolvimento e Intervenção*. Porto: ASA.
- Keefe, F.J., Dunsmore, J. & Burnett, R. (1992). Behavioral and cognitive-behavioral approaches to chronic pain: recent advances and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(4), 528-536.
- Keogh, E. & Cochrane, M. (2002, August). Anxiety sensitivity, cognitive biases, and the experience of pain. *The Journal of Pain*, 3(4), 320-329. doi: 10.1054/jpai.2002.125182
- Keogh, E., McCracken, L. M. & Eccleston, C. (2006). Gender moderates the association between depression and disability in chronic pain patients. *European Journal of Pain*, 10, 413-422. doi: 10.1016/j.pain.2005.05.007
- Kerns, R. D., Turk, D. C. & Rudy, T. E. (1985). The west haven-yale multidimensional pain inventory (WHYMPI). *Pain*, 23, 345-356. Retrieved from <http://meagherlab.tamu.edu/MMeagher/%20Health%20Psysc%20630/Readings%20630/Pain%20manage/whmpi.pdf>
- Legrain, V., Damme, S. V., Eccleston, C., Davis, K. D., Seminowicz, D. A. & Crombez, G. (2009). A neurocognitive model of attention to pain: Behavioral and neuroimaging evidence. *Pain*, 144, 230-232. doi: 10.1016/j.pain.2009.03.020
- Leonard, M. T. & Cano, A. (2006). Pain affects spouses too: Personal experience with pain and catastrophizing as correlates of spouse distress. *Pain*, 126, 139-146. doi: 10.1016/j.pain.2006.06.022
- Leonard, M., T., Cano, A. & Johansen, A. B. (2006, June). Chronic pain in a couples context: a review and integration of theoretical models and empirical evidence. *The Journal of Pain*, 7(6), 377-390. doi: 10.1016/j.jpain.2006.01.442
- Lewandowski, W., Morris, R., Draucker, C., & Risko, J. (2007). Chronic pain and the family: Theory-driven treatment approaches. *Issues in Mental Health Nursing*, 28, 1019-1044. doi: 10.1080/01612840701522200
- Loeser, J. D. (1982). Concepts of pain. In Stanton-Hicks & Boaz, R. (Eds.). *Chronic low back pain* (pp. 109-142). New York: Raven Press.
- Loeser, J., D., Butler, S. H., Chapman, C. R. & Turk, D. C. (2001). *Bonica's Management of Chronic Pain*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lovibon, P.F. & Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck

- depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Main, C. J. & Watson, P. J. (1999). Psychological aspects of pain. *Manual Therapy*, 4(4), 203-215.
- McCracken, L. M., Spertus, I. L., Janeck, A. S., Sinclair, D. & Wetzel, F. T. (1999). Behavioral dimensions of adjustment in persons with chronic pain: pain-related anxiety and acceptance. *Pain*, 80, 283-289.
- McCrystal, K.N., Craig, K.D., Versloot, J., Fashler, S.R. & Jones, D.N. (2011). Perceiving pain in others: Validation of a dual processing model. *Pain*, 152(5), 1083-1089. doi: 10.1016/j.pain.2011.01.025
- Meneses, R. F. & Ribeiro, J. L. P. (2000). Como ser saudável com uma doença crónica: Algumas palavras orientadoras de ação. *Análise Psicológica*, 4(XVIII), 523-528.
- Munce, S. E. P. & Stewart, D. E. (2007, September-October). Gender Differences in Depression and Chronic Pain Conditions in a National Epidemiologic Survey. *Psychosomatics*, 48, 394-399. Retrieved from <http://psy.psychiatryonline.org/cgi/reprint/48/5/394>
- Navas, J. & González, A. (2008). Bases neuromédicas del dolor. *Clínica y Salud*, 19(3), 277-293. Retrieved from: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v19n3/v19n3a02.pdf>
- Ohayon, M. M. & Schatzberg, A. F. (2003). Using Chronic Pain to Predict Depressive Morbidity in the General Population. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 39-47. Retrieved from [http://www.clinicaverri.com.br/\\_conteudo/ohayon\\_schatzberg.pdf](http://www.clinicaverri.com.br/_conteudo/ohayon_schatzberg.pdf)
- Oliveira, P., Quartilho, M. & Costa, M. E. (2009). *A vivência da dor crónica na díade conjugal*. Manuscrito não publicado, Departamento de Psicologia, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal.
- Pallant, J. (2001). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (Version 10)*. Philadelphia: Open University Press.
- Pence, L., Cano, A., Thorn, B. & Ward, C. (2006, December). Perceived spouse responses to pain: the level of agreement in couple dyads and the role of catastrophizing, marital satisfaction, and depression. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(6), 511-522. doi: 10.1007/s10865-006-9073-4
- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J.(2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. (3ªed.). Porto: Livpsic.



- Romano, J. M., Jensen, M. P., Turner, J. A., Good, A. B. & Hops (2000). Chronic Pain Patient-Partner Interactions: Further Support for a Behavioral Model of Chronic Pain. *Behavior Therapy*, 31, 415-440.
- Romano, J. M., Turner, J. A., Jensen, M. P., Friedman, L. S., Bulcroft, R. A., Hops, H. & Wright, S. F. (1995). Chronic pain patient-spouse behavioural interactions predict patient disability. *Pain*, 63, 353-360.
- Rosenblum, A., Marsch, I., Joseph, H. & Portenoy, R. (2008). Opioids and the Treatment of Chronic Pain: Controversies, Current Status, and Future Directions. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 16(5), 405–416. DOI: 10.1037/a0013628
- Schwartz, L., Slater, M. A., Birchler, G. R. & Atkinson, J. H. (1991). Depression in spouses of chronic pain patients: the role of patient pain and anger, and marital satisfaction. *Pain*, 44(1), 61-64.
- Sharp, T.J. (2001). Chronic pain: a reformulation of the cognitive-behavioural model. *Behavior Research and Therapy*, 39, 787-800. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com>
- Sheppard, L.C. & Teasdale, J.D. (1996, September). Depressive thinking: changes in schematic mental models of self and world. *Psychol Med*, 26(5), 1043-1051.
- Singer, T., Seymour, B., O'Doherty, J., Kaube, H., Dolan, R. J. & Frith, C. D. (2004, February). Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain. *Science*, 303, 1157-1162. Retrieved from [http://scan.psy.univie.ac.at/uploads/silani/BiologischePsychologie2010/CH17\\_add%20reading3.pdf](http://scan.psy.univie.ac.at/uploads/silani/BiologischePsychologie2010/CH17_add%20reading3.pdf)
- Smith, B. W. & Zautra, A. J. (2008, August 31). The effects of anxiety and depression on weekly pain in women with arthritis. *Pain*, 138(2), 354-361. doi:10.1016/j.pain.2008.01.008
- Soucase, B., Monsalve, V. & Soriano, J. F. (2005). Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes com dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12, 30-38. Retrieved from [http://revista.sedolor.es/imprimir.php?archivo=2005\\_01\\_03](http://revista.sedolor.es/imprimir.php?archivo=2005_01_03)
- Strahl, C., Kleinknecht, R. A. & Dinnel, D. L. (2000). The role of anxiety, coping and pain self-efficacy in rheumatic arthritis patient functioning. *Behaviour Research and Therapy*, 3, 863-873.

- Stroud, M. W., Thorn, B. E., Jensen, M.P., Boothby, J.L. (2000). The relation between pain beliefs, negative thoughts, and psychosocial functioning in chronic pain patients. *Pain*, 84, 347- 352.
- Tan, G., Jensen, M. P., Thornby, J., Sloan, P. A. (2008). Negative emotions, pain and functioning. *Psychological Services*, 5(1), 26-35. doi: 10.1037/1541-1559.5.1.26
- Turk, D. C. (2003, November/December). Cognitive-behavioral approach to the treatment of chronic pain patients. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 28(6), 573-579. doi: 10.1016/S1098-7339(03) 00392-4
- Turk, D. C., Kerns, R. D. & Rosenberg, R. (1992). Effects of marital interaction on chronic pain and disability: examining the down side of social support. *Rehabilitation Psychology*, 37(4), 259-274.
- Turk, D. C., Okifuji, A. & Scharff, L. (1995). Chronic pain and depression: role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain*, 61, 93-101.
- Turk, D. C., Swanson, K. S. & Tunks, E. R. (2008, April). Psychological approaches in the treatment of chronic pain patients – when pills, scalpels, and needles are not enough. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(4), 213-221. Retrieved from <http://www.neurofeedbackclinic.ca/journals/pain/31872690.pdf>
- Turner, J.A., Jensen, M. P., Romano, J.M. (2000, March). Do beliefs, coping and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, 85(1-2), 115-25.
- Valente, M., Ribeiro, J. & Jensen, M. (2009). Coping, Depression, Anxiety, Self-Efficacy and Social Support: Impact on Adjustment to Chronic Pain. *Escritos de Psicología*, 2(3), 8-17. Retrieved from: [http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v2n3/articulo\\_2.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v2n3/articulo_2.pdf)
- Watson, D., Clark, L. A., Weber, K., Assenheimer, J. S., Strauss, M. E. & McCormick, R. A. (1995). Testing a tripartite model: II. Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 15-25.
- Wetering, E. J., Lemmens, K.M.M., Nieboer, A.P. & Huijsman, R. (2010). Cognitive and behavioural interventions for the management of chronic neuropathic pain in adults – A systematic review. *European Journal of Pain*, 14, 670-681.
- Wiech, K., Ploner, M. & Tracey, I. (2008). Neurocognitive aspects of pain perception. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(8), 306-312. doi: 10.1016/j.tics.2008.05.005

- Williams, A. C. de C. (2002). Facial expression of pain: An evolutionary account. *Behavioral and brain Sciences*, 25, 439-488. Retrieved from <http://discovery.ucl.ac.uk/11898/1/11898.pdf>
- Williams, D. A., Robinson, M. R. & Geisser, M., E. (1994). Pain beliefs: assessment and utility. *Pain*, 59, 71-78. Retrieved from <http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/31274/1/0000180.pdf>
- Zautra, A. J., Johnson, L. M. & Davis, M. C. (2005). Positive affect as a Source of resilience for women in chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 212-220. doi: 10.1037/0022-006X.73.2.212

## ANEXOS

Anexo 1: Questionário sociodemográfico e clínico – versão doente

**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO (QSDC)**  
(Oliveira, Quartilho & Costa, 2009)

No presente questionário são colocadas diferentes questões relativas aos seus dados sociodemográficos e da sua condição clínica. Por favor responda às questões solicitadas.

**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

**Sexo:**

☐ Feminino ☐ Masculino

**Qual é o seu estado civil?**

- ☐ Solteiro(a)  
☐ Casado(a)  
☐ União de facto  
☐ Viúvo(a)  
☐ Divorciado(a) ou separado(a)

**Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**Tem filhos?**

☐ Não  
☐ Sim **Quantos?** \_\_\_\_\_

**Qual é o seu nível de escolaridade?**

- ☐ Nunca frequentou a escola  
☐ 4ª classe  
☐ 6º ano  
☐ 9º ano  
☐ 12º ano  
☐ Bacharelato/Licenciatura  
☐ Outro nível não referido **Qual?** \_\_\_\_\_

**Qual é a sua situação laboral?**

- ☐ Empregado(a), a tempo inteiro  
☐ Empregado(a), a tempo parcial  
☐ Empregado(a), atualmente de baixa médica **Há quanto tempo?** \_\_\_\_\_  
☐ Desempregado(a) **Há quanto tempo?** \_\_\_\_\_  
☐ Estudante  
☐ Doméstico(a)  
☐ Reformado(a) **Qual o motivo?** \_\_\_\_\_  
☐ Outra situação não referida **Qual?** \_\_\_\_\_

**No caso de estar empregado(a) ou desempregado(a):**

Qual a sua profissão atual ou última profissão? \_\_\_\_\_

**No caso de estar atualmente de baixa ou desempregado ou reformado:**

Qual a razão que esteve na origem dessa situação? \_\_\_\_\_

**CONDIÇÃO CLÍNICA**

**1. Há quanto tempo tem problemas de dor?**

☐ Menos de 1 ano ☐ 1 a 5 anos ☐ 5 a 10 anos ☐ 10 a 20 anos ☐ Mais de 20 anos

**2. Qual a localização da sua dor?**

☐ Cabeça/Pescoço ☐ Costas ☐ Braços/Ombros ☐ Mãos/Pulsos ☐ Pernas/Joelhos ☐ Pés ☐ Corpo todo  
☐ Outra. **Qual?** \_\_\_\_\_

**3. Tem diagnóstico médico de problemas de saúde física e/ou de saúde mental?**

☐ Sim ☐ Não

**3.1. Se respondeu SIM à pergunta anterior:**

3.1.1. Indique qual(ais) \_\_\_\_\_

3.1.2. Qual o problema que interfere mais com a sua qualidade de vida? \_\_\_\_\_

a) Há quanto tempo tem o diagnóstico? \_\_\_\_\_

b) Há quanto tempo tem sintomas? \_\_\_\_\_

**4. Toma medicação regularmente?**

☐ Sim **Que medicação faz?** \_\_\_\_\_  
☐ Não

**5. Faz tratamentos não farmacológicos regularmente (ex: acompanhamento psicológico, fisioterapia)?**

☐ Sim **Que tratamentos faz?** \_\_\_\_\_  
☐ Não

## Anexo 2: Questionário sociodemográfico e clínico – versão cônjuge

### QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO (QSDC) (Oliveira, Quartilho & Costa, 2009)

No presente questionário são colocadas diferentes questões relativas aos seus dados sociodemográficos e da sua condição clínica. Por favor responda às questões solicitadas.

#### DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

**1. Sexo:**

☐ Feminino ☐ Masculino

**2. Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**3. Qual é o seu estado civil?**

- ☐ Solteiro(a)  
☐ Casado(a)  
☐ União de facto  
☐ Viúvo(a)  
☐ Divorciado(a) ou separado(a)

**4. Tem filhos?**

- ☐ Não  
☐ Sim Quantos? \_\_\_\_\_

**5. Qual é o seu nível de escolaridade?**

- ☐ Nunca frequentou a escola  
☐ 4ª classe  
☐ 6º ano  
☐ 9º ano  
☐ 12º ano  
☐ Bacharelato/Licenciatura  
☐ Outro nível não referido Qual? \_\_\_\_\_

**6. Qual é a sua situação laboral?**

- ☐ Empregado(a), a tempo inteiro  
☐ Empregado(a), a tempo parcial  
☐ Empregado(a), atualmente de baixa médica Há quanto tempo? \_\_\_\_\_  
☐ Desempregado(a) Há quanto tempo? \_\_\_\_\_  
☐ Estudante  
☐ Doméstico(a)  
☐ Reformado(a) Qual o motivo? \_\_\_\_\_  
☐ Outra situação não referida Qual? \_\_\_\_\_

**6.1. No caso de estar empregado(a) ou desempregado(a):**

Qual a sua profissão atual ou última profissão? \_\_\_\_\_

**6.2. No caso de estar atualmente de baixa ou desempregado ou reformado:**

Qual a razão que esteve na origem dessa situação? \_\_\_\_\_

#### CONDIÇÃO CLÍNICA

**1. Tem, ou já teve, problemas de dor que tenham interferido de forma acentuada com o seu bem-estar?**

- ☐ Sim  
☐ Não

**1.1. Se respondeu SIM, pense na situação de dor que mais interferiu com o seu bem-estar e responda:**

**a) Qual a localização da dor?**

- ☐ Cabeça/Pescoço ☐ Costas ☐ Braços/Ombros ☐ Mãos/Pulsos ☐ Pernas/Joelhos ☐ Pés ☐ Corpo todo  
☐ Outra. Qual? \_\_\_\_\_

**b) Qual a causa da dor?**

- ☐ Acidente ☐ Lesão (ex: por queda) ☐ Gravidez/parto (se ♀) ☐ Causa não esclarecida  
☐ Outra causa. Qual? \_\_\_\_\_

**c) Qual o período máximo de tempo que a dor permaneceu?** \_\_\_\_\_

**d) Recorreu a ajuda especializada para tratar a dor?**

- ☐ Sim ☐ Não

**e) O problema ainda permanece atualmente?**

- ☐ Sim ☐ Não

## Inventário Multidimensional de Dor de West Haven-Yale

ANTES DE COMEÇAR, POR FAVOR RESPONDA ÀS 2 PERGUNTAS QUE SE SEGUEM

1. Algumas das perguntas deste questionário referem-se à “pessoa significativa”. Uma “pessoa significativa” *é uma pessoa de quem se sente muito próxima*. Refere-se a qualquer pessoa com quem se relaciona regularmente ou não. É muito importante que identifique alguém como a sua “pessoa significativa”. Por favor indique em baixo quem considera ser a sua “pessoa significativa”.

☐ Cônjuge                      ☐ Parceiro/Companheiro                      ☐ Colega de casa  
☐ Amigo                      ☐ Vizinho                      ☐ Pai ou Mãe/Filho/Outro familiar  
☐ Outro      (por favor, especifique): \_\_\_\_\_

2. Vive atualmente com a “pessoa significativa”?

☐ SIM                                      ☐ NÃO

Ao responder às questões das páginas seguintes sobre a sua “pessoa significativa”, responda sempre referindo-se especificamente à pessoa que indicou acima.

### A.

Nas 20 questões que se seguem, ser-lhe-á pedido para descrever a sua dor e a forma como ela afeta a sua vida. Por baixo de cada questão existe uma escala para registar a sua resposta. Leia cuidadosamente cada questão e em seguida assinale com um círculo um número na escala, por baixo dessa questão, para indicar de que forma é que essa questão em particular de aplica a si.

1. Classifique a intensidade da sua dor neste momento.

0    1    2    3    4    5    6  
Sem dor                                      Dor muito intensa

2. De um modo geral, até que ponto é que a sua dor interfere com as suas atividades do dia-a-dia?

0    1    2    3    4    5    6  
Não interfere                                      Interfere extremamente

3. Desde o momento em começou a ter dor, até que ponto é que a sua dor alterou a sua capacidade de trabalhar?

0 1 2 3 4 5 6  
Não alterou Alterou extremamente

[\_]Assinale aqui caso se tenha reformado por razões não relacionadas com a dor.

4. Até que ponto é que a sua dor alterou a satisfação ou prazer que obtém ao participar em atividades sociais e recreativas?

0 1 2 3 4 5 6  
Não alterou Alterou extremamente

5. Em que medida é que a sua “pessoa significativa” o apoia ou ajuda em relação à sua dor?

0 1 2 3 4 5 6  
Não apoia Apoia extremamente

6. Classifique a sua disposição geral durante a última semana.

0 1 2 3 4 5 6  
Muito má disposição Muito boa disposição

7. Em média, quão forte foi a sua dor durante a última semana?

0 1 2 3 4 5 6  
Nada forte Extremamente forte

8. Até que ponto é que a sua dor alterou a sua capacidade de participar em atividades sociais e recreativas?

0 1 2 3 4 5 6  
Não alterou Alterou extremamente

9. Até que ponto é que a sua dor alterou a satisfação que obtém com atividades relacionadas com a família?

0 1 2 3 4 5 6  
Não alterou Alterou extremamente

10. Em que medida a sua “pessoa significativa está preocupada consigo em relação à sua dor?

0 1 2 3 4 5 6  
Não sente a minha preocupação Sente extremamente a minha preocupação

11. Durante a última semana, até que ponto é sentiu que controlava a sua vida?

0 1 2 3 4 5 6  
Nenhum controlo Extremamente em controlo

12. Até que ponto a sua dor lhe causa sofrimento a este(a)?

0 1 2 3 4 5 6  
Nenhum sofrimento Sofrimento extremo

13. Até que ponto é que a sua dor afetou o seu casamento e outras relações familiares?

0 1 2 3 4 5 6  
Não afetou Afetou extremamente

14. Até que ponto é que a sua dor alterou a satisfação ou prazer proporcionado pelo seu trabalho?

0 1 2 3 4 5 6  
Não alterou Alterou extremamente



[\_\_] Assinale aqui, caso o(a) seu(sua) companheiro(a) não estiver atualmente a trabalhar.

15. Em que medida é que a “pessoa significativa” está atenta à sua dor?

0 1 2 3 4 5 6  
Nada atenta Extremamente atenta

16. Durante a última semana, até que ponto é que sente que tem sido capaz de lidar com os seus problemas?

0 1 2 3 4 5 6  
Nada bem Extremamente bem

17. Até que ponto é que a sua dor alterou a sua capacidade para realizar tarefas domésticas?

0 1 2 3 4 5 6  
Não alterou Alterou extremamente

18. Durante a última semana, até que ponto esteve irritável?

0 1 2 3 4 5 6  
Nada irritável Extremamente irritável

19. Até que ponto é que a sua dor alterou a sua relação de amizade com pessoas que não sejam de família?

0 1 2 3 4 5 6  
Não alterou Alterou extremamente

20. Durante a última semana, até que ponto é que esteve tenso ou ansioso?

0 1 2 3 4 5 6  
Nada tenso ou ansioso Extremamente tenso ou ansioso

## B.

Nesta secção queremos saber de que forma reage a sua “pessoa significativa” (isto refere-se à pessoa que indicou no início deste questionário) reage quando está com dores. Na escala indicada por baixo de cada questão, **assinale um número com um círculo** para indicar com que frequência a sua “pessoa significativa” reage, geralmente, dessa forma específica quando você está com dores.

1. Ignora-me

0 1 2 3 4 5 6  
Nunca Muito frequentemente

2. Pergunta-me o que pode fazer para ajudar.

0 1 2 3 4 5 6  
Nunca Muito frequentemente

3. Lê para mim

0 1 2 3 4 5 6  
Nunca Muito frequentemente

4. Mostra-me a sua irritação.

0 1 2 3 4 5 6

	Nunca			Muito frequentemente			
5. Encarrega-se das minhas tarefas ou obrigações.	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca						Muito frequentemente
6. Fala comigo sobre qualquer outra coisa para me distrair da dor.	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca						Muito frequentemente
7. Mostra-me a sua frustração.	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca						Muito frequentemente
8. Tenta fazer-me descansar.	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca						Muito frequentemente
9. Tento fazer com que eu participe nalguma atividade.	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca						Muito frequentemente
10. Mostra-me a sua fúria.	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca						Muito frequentemente
11. Vai buscar-me medicação para a dor.	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca						Muito frequentemente
12. Incentiva-me a arranjar uma distração/passatempo.	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca						Muito frequentemente
13. Traz-me qualquer coisa para comer ou beber.	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca						Muito frequentemente
14. Liga a televisão para me distrair da dor.	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca						Muito frequentemente

**C.**

De seguida são apresentadas 18 atividades diárias. Por favor indique com que frequência faz cada uma destas atividades assinalando com um círculo um número na escala apresentada por baixo de cada atividade. Por favor preencha todas as 18 questões.

1. Lavar a louça.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

2. Cortar a relva.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

3. Ir comer fora.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

4. Jogar às cartas ou outros jogos.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

5. Ir às compras.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

6. Trabalhar no jardim.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

7. Ir ao cinema.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

8. Visitar amigos.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

9. Ajudar na limpeza da casa.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

10. Tratar do carro.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

11. Dar uma volta de carro.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

12. Visitar familiares.

	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca						Muito frequentemente
13. Preparar uma refeição.							
	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca						Muito frequentemente
14. Lavar o carro.							
	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca						Muito frequentemente
15. Viajar.							
	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca						Muito frequentemente
16. Ir ao parque ou à praia.							
	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca						Muito frequentemente
17. Lavar a roupa na máquina.							
	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca						Muito frequentemente
18. Fazer algum arranjo necessário na casa.							
	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca						Muito frequentemente

#### Anexo 4: Inventário Multidimensional de Dor de West Haven-Yale-Versão Companheiro(a)

##### **Inventário Multidimensional de Dor de West Haven-Yale – Versão Companheiro(a)**

###### **A.**

Nas 20 questões que se seguem, ser-lhe-á pedido para descrever a dor do(a) seu(sua) companheiro(a) e a forma como ela afeta a vida deste(a). Por baixo de cada questão existe uma escala para registar a sua resposta. Leia cuidadosamente cada questão e em seguida assinale com um círculo um número na escala, por baixo dessa questão, para indicar de que forma é que essa questão em particular se aplica ao(à) seu(sua) companheiro(a).

1. Classifique a intensidade da dor do seu(sua) companheiro(a) neste momento.

0 1 2 3 4 5 6  
Sem dor Dor muito intensa

2. De um modo geral, até que ponto é que a dor do seu(sua) companheiro(a) interfere nas atividades do dia-a-dia dele(a)?

0 1 2 3 4 5 6  
Não interfere Interfere extremamente

3. Desde o momento em que o(a) seu(sua) companheiro(a) começou a ter dor, até que ponto é que a dor alterou a capacidade de trabalhar do(a) seu(sua) companheiro(a)?

0 1 2 3 4 5 6  
Não alterou Alterou extremamente

☐ Assinale aqui caso o(a) seu(sua) companheiro(a) se tenha reformado por razões não relacionadas com a dor.

4. Até que ponto é que a dor do(a) seu(sua) companheiro(a) alterou a satisfação ou prazer que ele(ela) obtém ao participar em atividades sociais e recreativas?

0 1 2 3 4 5 6  
Não alterou Alterou extremamente

5. Em que medida o(a) seu(sua) companheiro(a) se sente ajudado(a)/apoiado(a) por si em relação à dor?

0 1 2 3 4 5 6  
Não sente apoio Sente um apoio extremo

6. Classifique a disposição geral do(a) seu(sua) companheiro(a) durante a última semana.

0 1 2 3 4 5 6  
Muito má disposição Muito boa disposição

7. Em média, quão forte foi a dor do(a) seu(sua) companheiro(a) durante a última semana?

0 1 2 3 4 5 6  
Nada forte Extremamente forte

8. Até que ponto é que a dor do(a) seu(sua) companheiro(a) alterou a capacidade deste(a) de participar em atividades sociais e recreativas?

0 1 2 3 4 5 6  
Não alterou Alterou extremamente

9. Até que ponto é que a dor do(a) seu(sua) companheiro(a) alterou a satisfação que este(a) obtém com atividades relacionadas com a família?

0 1 2 3 4 5 6  
Não alterou Alterou extremamente

10. Em que medida o(a) seu(sua) companheiro sente a sua preocupação com a dor dele(a)?

0 1 2 3 4 5 6  
Não sente a minha Sente extremamente a minha  
preocupação preocupação

11. Durante a última semana, até que ponto é que o(a) seu(sua) companheiro(a) sentiu que controlava a vida dele(a)?

0 1 2 3 4 5 6  
Nenhum controlo Extremamente em controlo

12. Até que ponto a dor do(a) seu(sua) companheiro(a) causa sofrimento a este(a)?

0 1 2 3 4 5 6  
Nenhum sofrimento Sofrimento extremo

13. Até que ponto é que a dor do(a) seu(sua) companheiro(a) afetou o casamento e outras relações familiares?

0 1 2 3 4 5 6  
Não afetou Afetou extremamente

14. Até que ponto é que a dor do(a) seu(sua) companheiro(a) alterou a satisfação ou prazer dele(a) proporcionado pelo trabalho?

0 1 2 3 4 5 6  
Não alterou Alterou extremamente

[\_] Assinale aqui, caso o(a) seu(sua) companheiro(a) não estiver atualmente a trabalhar.

15. Em que medida o(a) seu(sua) companheiro(a) sente a sua atenção com a dor dele(a)?

0 1 2 3 4 5 6  
Não sente a minha atenção Sente extremamente a minha atenção

16. Durante a última semana, até que ponto é que o(a) seu(sua) companheiro(a) tem sido capaz de lidar com os problemas dele(a)?

0 1 2 3 4 5 6  
Nada bem Extremamente bem

17. Até que ponto é que a dor do(a) seu(sua) companheiro alterou a capacidade dele(a) realizar tarefas domésticas?

0 1 2 3 4 5 6  
Não alterou Alterou extremamente

18. Durante a última semana, até que ponto é que o(a) seu(sua) companheiro(a) esteve irritável?

0 1 2 3 4 5 6  
Nada irritável Extremamente irritável

19. Até que ponto é que a dor do(a) seu(sua) companheiro(a) alterou a relação de amizade deste(a) com pessoas que não sejam de família?

0 1 2 3 4 5 6  
Não alterou Alterou extremamente

20. Durante a última semana, até que ponto é que o(a) seu(sua) companheiro(a) esteve tenso(a) ou ansioso(a)?

0 1 2 3 4 5 6

## B.

Nesta secção queremos saber de que forma reage quando sabe que o(a) seu(sua) companheiro(a) está com dores. Na escala indicada por baixo de cada questão, **assinale um número com um círculo** para indicar com que frequência reage, geralmente, dessa forma específica quando o(a) seu(sua) companheiro(a) está com dores.

1. Ignoro o(a) meu(minha) companheiro(a).

0 1 2 3 4 5 6  
Nunca Muito frequentemente

2. Pergunto-lhe o que posso fazer para ajudar.

0 1 2 3 4 5 6  
Nunca Muito frequentemente

3. Leio para ele(a).

0 1 2 3 4 5 6  
Nunca Muito frequentemente

4. Mostro-lhe a minha irritação.

0 1 2 3 4 5 6  
Nunca Muito frequentemente

5. Encarrego-me das tarefas ou obrigações do(a) meu(minha) companheiro(a).

0 1 2 3 4 5 6  
Nunca Muito frequentemente

6. Falo com o(a) meu(minha) companheiro(a) sobre qualquer outra coisa que o(a) faça distrair da dor.

0 1 2 3 4 5 6  
Nunca Muito frequentemente

7. Mostro-lhe a minha frustração.

0 1 2 3 4 5 6  
Nunca Muito frequentemente

8. Tento fazer com que o(a) meu(minha) companheiro(a) descanse.

0 1 2 3 4 5 6  
Nunca Muito frequentemente

9. Tento fazer com que o(a) meu(minha) companheiro(a) participe nalguma atividade.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

10. Mostro-lhe a minha fúria.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

11. Vou buscar medicação para a dor ao(à) meu(minha) companheiro(a).

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

12. Incentivo o(a) meu(minha) companheiro(a) a arranjar uma distração/passatempo.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

13. Levo ao(à) meu(minha) companheiro(a) qualquer coisa para comer ou beber.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

14. Ligo a televisão para o(a) meu(minha) companheiro(a) se distrair da dor.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

### C.

De seguida são apresentadas 18 atividades diárias. Por favor indique com que frequência o(a) seu(sua) companheiro(a) faz cada uma destas atividades assinalando com um círculo um número na escala apresentada por baixo de cada atividade. Por favor preencha todas as 18 questões.

1. Lavar a louça.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

2. Cortar a relva.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

3. Ir comer fora.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

4. Jogar às cartas ou outros jogos.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

5. Ir às compras.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente



6. Trabalhar no jardim.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

7. Ir ao cinema.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

8. Visitar amigos.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

9. Ajudar na limpeza da casa.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

10. Tratar do carro.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

11. Dar uma volta de carro.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

12. Visitar familiares.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

13. Preparar uma refeição.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

14. Lavar o carro.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

15. Viajar.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

16. Ir ao parque ou à praia.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

17. Lavar a roupa na máquina.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

18. Fazer algum arranjo necessário na casa.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito frequentemente

### DASS-21

(Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa: Oliveira, Quartilho & Costa, 2009)

Por favor leia as seguintes afirmações e assinale com um círculo o número (0, 1, 2, 3) que indica quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não demore demasiado tempo em cada resposta.

*A escala de classificação é a seguinte:*

- 0** Não se aplicou a mim
- 1** Aplicou-se um pouco a mim, ou durante parte do tempo
- 2** Aplicou-se bastante a mim, ou durante boa parte do tempo
- 2** Aplicou-se muito a mim, ou a maior parte do tempo

1. Tive dificuldade em me acalmar.	0	1	2	3
2. Senti a minha boca seca.	0	1	2	3
3. Não consegui ter nenhum sentimento positivo.	0	1	2	3
4. Senti dificuldade em respirar (ex.: respiração excessivamente rápida ou falhas na respiração na ausência de esforço físico).	0	1	2	3
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	0	1	2	3
6. Tive tendência para reagir exageradamente em certas situações.	0	1	2	3
7. Senti tremores (ex.: nas mãos).	0	1	2	3
8. Senti-me muito nervoso(a).	0	1	2	3
9. Preocupe-me com situações em que poderia vir a entrar em pânico e fazer um papel ridículo.	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	0	1	2	3
11. Dei por mim a ficar agitado(a).	0	1	2	3
12. Senti dificuldades em relaxar.	0	1	2	3
13. Senti-me triste e deprimido(a).	0	1	2	3
14. Fui intolerante quando qualquer coisa me impedia de terminar aquilo que estava a fazer.	0	1	2	3
15. Estive quase a entrar em pânico.	0	1	2	3
16. Não me consegui entusiasmar com nada.	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18. Senti que por vezes estava sensível.	0	1	2	3
19. Senti alterações no meu coração mesmo quando não fazia esforço físico (ex.: sensação de aumento do bater do coração ou falhas no bater do coração).	0	1	2	3
20. Senti-me assustado(a) sem razão para isso.	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido.	0	1	2	3

Anexo 6: Parecer favorável do CHVNG/E, EPE à realização do estudo

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO, EPE</b>	 <b>Ministério da Saúde Administração Regional de Saúde do Norte</b>
--	--

Exmo. Senhor  
**Dr.ª Maria Teresa Campos Ferreira**  
**Estagiária**  
**Serviço de Psicologia**  
**CHVNG/E, EPE**

<b>V/ Referência</b>	<b>Data:</b>	<b>N/ Ref</b>	<b>Data:</b>
	7/04/2010	349/2010	04/05/2010

**Assunto:** Resposta a pedido de autorização para realização de Questionários

Em resposta ao pedido de Vª EXª para realização de **Questionários**, informamos que, conforme deliberação de 29/04/2010 do Conselho de Administração deste Centro Hospitalar, o projecto está **autorizado**.

Com os melhores cumprimentos,

Vila Nova de Gaia, 4 de Maio de 2010



**CHVNG/E, EPE**  
**Dr. Júlio Sampaio**  
**Coordenador Executivo**  
**Nº Mecanográfico: 0706**  
**Dep. de Formação, Ensino e Investigação**

 Mod. SC - 2 5535002	Rua Conceição Fernandes - 4434-502 Vila Nova de Gaia - Telef. 227 865 100 - Fax 227 830 209
--	---

As CA  
para e form

Trabalho de Investigação

102/2010

28/4/2010

"A vivência da dor crónica na díade conjugal"

Dr. Paul César Sá  
Director Clínico

SERVIÇO: Unidade Tratamento Dor

TUTOR DO ESTUDO: Maria Teresa Campos Ferreira

PARECER DA CES emitido na reunião plenária de 15 / 04 / 2010

Neste e op. sobre os seguintes assuntos em  
chancela.  
Informar Respostas de serviço

Documentos analisados: Instrução de coleta de dados

À E.A. de D. P. S. V. Valer  
para conhecimento  
2010.01.15

Reunião de C.A. 29 / 4 / 2010  
Deliberação:  
Autorizado  
(Presidente do C.A.)  
(Vogal do C.A.)  
(Vogal do C.A.)

O Presidente da CES

(Director Clínico)  
(Enfermeiro Director) (Dra Helena Figueiredo)

CHVNG/E, EPE  
Dr. Júlio Sampaio  
Coordenador Executivo  
Nº Mecanográfico: 0706  
Dep. de Formação, Ensino e Investigação

CHVNG/E, EPE

Nº 346 / 2010  
Data 4 / 5 / 2010  
Tipo de documento: Guia  
Serviço de Formação, Ensino e Investigação

Remetido ao Secretariado da Comissão de Ética em 15 / 04 / 2010

Assinatura do C.A.  
Doc N° 387

## Anexo 7: Apresentação do estudo

Caro(a) Sr. (a),

O presente estudo de investigação tem como objetivo principal analisar o **impacto da dor crónica no casal** e está a ser desenvolvido em parceria entre membros da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto e da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

A sua participação é da máxima importância, na medida em que será um precioso contributo para aumentar o conhecimento em relação aos processos psicológicos associados à dor crónica, não havendo para si qualquer risco associado à participação neste estudo.

Ser-lhe-á pedido que responda a oito questionários diferentes em relação aos quais lhe pedimos a máxima sinceridade. Lembre-se que não existem respostas certas nem erradas, pois o que importa conhecer é apenas aquilo que sente ou pensa. Numa fase posterior do estudo, alguns dos participantes serão contactados pela Investigadora Principal, de modo a verificar a sua disponibilidade em realizar uma entrevista. A referida entrevista será realizada num local, data e hora a definir consoante a disponibilidade dos participantes.

Todas as suas respostas serão tratadas de forma anónima e confidencial.

É muito importante que responda, de forma completa, a todos os questionários que lhe são apresentados.

Em nome da Equipa de Investigação\* do presente projeto, agradeço desde já a sua colaboração.

---

Pela Equipa de Investigação

\*Dra. Teresa Campos Ferreira, Dra. Inês Oliveira,

Prof. Doutora Paula Oliveira, Prof. Doutora Maria Emília Costa, Prof. Doutor Manuel Quartilho

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

### *Vivência da Dor Crónica no Casal*

Eu, abaixo assinado \_\_\_\_\_ fui informado(a) de que o estudo de investigação acima mencionado se destina a compreender o impacto psicológico da dor crónica para ambos os elementos do casal.

Sei que neste estudo está prevista, numa primeira fase, a realização de questionários e, numa segunda fase, uma entrevista tendo-me sido explicado em que consistem. Foi-me ainda explicado que apenas alguns dos casais serão posteriormente selecionados para a realização da entrevista. Caso venha a ser selecionado(a) para a realização da referida entrevista, foi-me dado conhecimento que a mesma será gravada.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo serão tratados de forma confidencial.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado e também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, com a garantia que será mantido o anonimato.

Nome do(a) participante no estudo

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do(a) investigador(a)

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_